



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Relatório de Estágio Profissionalizante Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

Relatório de Estágio Profissionalizante elaborado com vista à
obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento
Rodrigues de Melo

Júri:

Presidente

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de
Melo

Doutora Rosa do Carmo Sousa Amaral

Susana Sofia Monteiro dos Santos

2012

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

(Madre Teresa de Calcutá)

Agradecimentos

Ao iniciar este estágio apercebi-me de como o fim de mais uma etapa estava próximo e também o início de outra, de como a vida irá ser um pouco diferente daqui para a frente. Também me dei conta que este seria um momento bastante importante para mim, quer profissional como pessoalmente, pois estaria ali a conviver e trabalhar com outros profissionais e com as famílias e crianças, pondo à prova o que aprendi ao longo destes anos académicos, e adquirindo novos conhecimentos.

E não podia deixar de agradecer a todos aqueles que me acompanharam, tornando este trabalho possível.

Às orientadoras do estágio, académica e local, respetivamente a Professora Doutora Ana Rodrigues e a Doutora Rosa Amaral, pela orientação, apoio e ensinamentos dados ao longo do ano letivo.

Às Doutoradas Carla Almeida, Bárbara Dias, Catarina Fonseca e Susana Lúcio pelas oportunidades de intervenção, ensinamentos e apoio dados ao longo do estágio.

Agradeço a todos os outros técnicos e funcionários do CADIn pela receção e apoio dados.

Obrigada à minha colega de estágio e amiga, Sónia Gaio pelo apoio, partilha, companhia e momentos de aprendizagem e pessoais que experienciámos juntas.

Agradeço também às duas colegas de Psicologia que realizaram estágio também no CADIn, Marta Martins e Matilde Buisel, pelos momentos de partilha e companhia.

Obrigada às crianças e famílias que acompanhei e com quem convivi e aprendi, por me darem um pouco delas, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Um obrigada especial aos meus pais pelo apoio, suporte e confiança, por ter tido esta oportunidade de formação académica e ter conseguido terminar mais uma etapa.

Obrigada às minhas amigas Joana Silva e Íris Carvalho pelo suporte e apoio dados, pela amizade e companhia e por estarem presentes não só nos melhores momentos, mas principalmente nos menos bons.

Agradeço às minhas colegas de faculdade e amigas, e em especial à Susana Abreu e Lígia Cardoso, pelos esclarecimentos de dúvidas, partilha de experiências e apoio quer a nível académico quer pessoal.

Agradeça a todas as outras pessoas com que me cruzei ao longo desde tempo, que de algum modo me influenciaram e fizeram crescer.

Um grande obrigada a todos, por me ajudarem a crescer como Psicomotricista e, principalmente como pessoa.

Obrigada!

Resumo

O presente relatório reflete o trabalho do estágio desenvolvido na área das Perturbações do Desenvolvimento, no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn), no Núcleo das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos.

As Perturbações do Desenvolvimento aparecem em alguma altura do desenvolvimento da criança, afetando-o e traduzindo-se em dificuldades nas atividades de vida diária. Dentro deste grupo de perturbações estão incluídas as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). As PEA são caracterizadas por um défice global nas competências sociais e de comunicação, e pela presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos. A nível da intervenção existem alguns modelos - Picture Exchange Communication System, Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, Applied Behavioral Analysis e Floortime. Com a Intervenção Psicomotora é possível alcançar a empatia e comunicação, através do corpo e do jogo. Esta terapia assume um caráter estruturante, pela qual se consegue reduzir as dificuldades e potenciar as capacidades.

Assim, o relatório é composto pela revisão bibliográfica dos conceitos relevantes para o âmbito do estágio e pelo enquadramento institucional formal. Também é feita uma descrição da população acompanhada e da intervenção realizada.

Palavras-Chave

Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil, Núcleo das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos, Perturbações do Desenvolvimento, Perturbação do Espectro do Autismo, Psicomotricidade, Intervenção em Contexto Sala, Método TEACCH, Crianças, Estudo de Caso

Abstract

The present work reflects the result of a year of stage in the area of Developmental Disorders at the Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn), in the nucleus of Autism Spectrum Disorders and Cognitive Deficits.

The Developmental Disorders appear at some stage of child development, affecting it and translates into difficulties in activities of daily living. Within this group of disorders includes the Autism Spectrum Disorders (ASD). The ASD is characterized by an overall deficit in social skills and communication, and the presence of repetitive behaviors and restricted interests.

In intervention there are some models - Picture Exchange Communication System, Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, Applied Behavioral Analysis, Floor-time. With Psychomotricity is possible to achieve empathy and communication through the body and play. This therapy takes a structural character, by which we can reduce the difficulties and enhance capabilities.

So, the report comprises the literature review of the concepts relevant to the scope of the stage and the formal institutional framework. Also there is a description of the population and followed the intervention performed.

Palavras-Chave

Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil, Núcleo das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos, Developmental Disorders, Autism Spectrum Disorder, Psychomotricity, Intervention in Context Room, TEACCH Program, Children, Case Study

Índice

I. Introdução	1
II. Enquadramento da Prática Profissional	2
1. Perturbações do Desenvolvimento.....	2
1.1. Perturbações do Espectro do Autismo – Perturbação Autística	2
1.2. Síndrome de Asperger	5
1.3. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	6
1.3.1. Trissomia 21.....	7
1.4. Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor.....	8
2. Intervenção nas PEA.....	8
2.1. Técnicas e Modelos de Intervenção nas PEA	9
2.1.1. Picture Exchange Communication System.....	9
2.1.2. Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children.....	9
2.1.3. Applied Behavioral Analysis	10
2.1.4. Floortime	10
3. Psicomotricidade.....	10
3.1. Intervenção Psicomotora.....	12
3.1.1. Psicomotricidade Relacional	13
3.1.2. Psicomotricidade Instrumental	13
3.2. Intervenção Psicomotora nas PEA.....	13
3.3. Intervenção Psicomotora na DID.....	15
4. Caracterização da Instituição	15
4.1. Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil.....	15
4.2. Núcleo das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos	17
4.3. Psicomotricidade no CADIn	18
III. Realização da Prática Profissional	19
1. Calendarização e Horário de Estágio	19
1.1. Horário de Estágio	19
2. População Apoiada	19
2.1. Crianças Acompanhadas.....	20
3. Intervenção no NPEADC.....	21
3.1. Áreas de Intervenção.....	21

3.2.	Contexto de Intervenção.....	21
3.3.	Planeamento da Intervenção	22
3.4.	Intervenção.....	24
4.	Avaliação no NPEADC	25
4.1.	Instrumentos de Avaliação.....	25
4.1.1.	Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths.....	26
4.1.2.	Autism Diagnostic Interview, Revised (ADIR)	26
4.1.3.	Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)	26
4.1.4.	Questionário para a Educadora.....	27
5.	Estudo de Caso.....	27
5.1.	Historial Clínico.....	27
5.2.	Avaliação Inicial	27
5.3.	Dados Atuais	29
5.4.	Planeamento de Intervenção	30
5.5.	Intervenção.....	33
5.5.1.	Exemplo de um Planeamento de Sessão.....	34
5.5.2.	Exemplo de um Relatório de Sessão	38
5.6.	Avaliação Final	39
5.6.1.	Resultados do Processo de Intervenção	44
6.	Atividade Complementares	46
6.1.	Reuniões de Estágio.....	46
6.2.	Atividades no CADIn.....	46
6.3.	Atividades no NPEADC	49
7.	Projetos.....	50
7.1.	“Sábados no CADIn”	51
7.2.	“Explorar é Fixe”	54
IV.	Conclusão.....	57
V.	Referências Bibliográficas	59
VI.	Anexos	63
1.	Planeamentos das Atividades e Sessões.....	64
1.1.	D.C.	65
1.2.	G.B.	76
1.3.	D.F.....	83
1.4.	J.L.	85
1.5.	A.M.	91

1.6.	F.L.	97
1.7.	G.S.	105
1.8.	R.S.	106
2.	Estudo de Caso.....	107
2.1.	Planeamentos de Sessões	108
2.2.	Relatórios de Sessões	140
2.3.	Tabela de Avaliação – Checklist	155
3.	Materiais	159
4.	Atividades Complementares.....	160
5.	Artigo.....	166
5.1.	Apresentação do Artigo	166
6.	Projetos	179
6.1.	“Sábados no CADIn”	179
6.2.	“Explorar é Fixe”	197

Índice de Tabelas

Tabela 1. Horário de estágio.....	19
Tabela 2. Crianças Acompanhadas	20
Tabela 3. Calendarização das Sessões e Avaliações.....	22
Tabela 4. Planeamento da Intervenção.....	31
Tabela 5. Sessões e Objetivos Trabalhados.....	33
Tabela 6. Exemplo de Planeamento de Sessão.....	35
Tabela 7. Tabela de Avaliação - Checklist	40
Tabela 8. Tabela das Reuniões de Equipa	47
Tabela 9. Tabela dos Workshops.....	49

I. Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Estágio Profissionalizante do 2º Ciclo de Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa, o qual está inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais e como objetivos gerais: (1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção, e (3) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Brandão, Martins & Simões 2010).

O estágio foi realizado no CADIn, Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil, e teve início em meados do mês de Outubro de 2011 e terminou no fim de Maio do presente ano. Este foi composto por 3 fases: (1) observação direta das sessões de psicomotricidade, (2) observação participada e avaliação e (3) acompanhamento e intervenção de crianças.

O estágio incidiu no Núcleo das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos, podendo também assistir a reuniões dos outros núcleos existentes no CADIn. Todas as semanas existiam reuniões de equipa onde eram partilhadas experiências e informações pelos vários técnicos do CADIn. Uma dessas reuniões irá ser apresentada pelas estagiárias que estiveram no CADIn já fora do estágio, das áreas da Reabilitação Psicomotora e Psicologia, onde iremos expor um projeto sobre orientação vocacional dirigidos para as crianças do 1º ciclo do ensino básico. Este projeto foi posto em prática antes, de modo a que possa ser debatido com os restantes técnicos da equipa.

O presente relatório é composto por duas partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento da prática profissional, que inclui a revisão bibliográfica sobre conceitos que são relevantes para o âmbito do estágio, como o de Perturbações do Desenvolvimento, Perturbação do Espectro do Autismo, Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor, Trissomia 21, Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, Psicomotricidade, entre outros, e ao enquadramento institucional formal, onde é descrita a instituição e a sua relação com outros contextos. A segunda parte é sobre a realização da prática profissional, onde são abordados as problemáticas e os objetivos em estudo, uma breve descrição da população apoiada, a calendarização das atividades complementares de formação e a caracterização do contexto e do processo de intervenção, bem como o estudo de caso.

II. Enquadramento da Prática Profissional

1. PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO

As Perturbações do Desenvolvimento traduzem-se em dificuldades cognitivas e/ou físicas que podem aparecer em qualquer momento do desenvolvimento do indivíduo até aos 22 anos, mantendo-se ao longo da vida e comprometendo as suas atividades de vida diária ao nível da linguagem, mobilidade, aprendizagem e autonomia (AIA, 2012 & ICI, 2000). Estas perturbações podem dividir-se em perturbações gerais e perturbações específicas do desenvolvimento. Nas perturbações gerais, todos os aspetos do desenvolvimento e da cognição estão afetados, sendo que em graus de gravidade diferentes – e.g., Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento e Perturbações do Espetro do Autismo. As perturbações específicas, tal como o nome indica, têm comprometidas áreas específicas do desenvolvimento – e.g., Perturbações Específicas da Linguagem, Dificuldades de Aprendizagem e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (Matos, 2009). Em relação às co-morbilidades, ter uma perturbação do desenvolvimento é um fator de risco acrescido para que essa exista juntamente com outra perturbação do desenvolvimento ou com uma perturbação emocional ou comportamental (Matos, 2009).

O diagnóstico de uma Perturbação do Desenvolvimento deve ser feito em várias dimensões: biológica, desenvolvimental, emocional, comportamental e social – e.g. a Trissomia 21 é uma perturbação biológica genética, com provável diagnóstico desenvolvimental de deficiência cognitiva, com ou sem uma perturbação emocional e fatores protetores e de risco sociais e familiares (Matos, 2009).

1.1. Perturbações do Espetro do Autismo – Perturbação Autística

A palavra Autismo deriva do grego *autos* que significa “próprio”. Em termos etiológicos, isto significa que o indivíduo tem tendência para se fechar no seu próprio mundo, absorvido em si próprio (Pereira, 1996).

Segundo Frith (1989), o Autismo é definido como uma perturbação pervasiva do desenvolvimento e afeta qualitativamente as interações sociais, a comunicação verbal e não-verbal, e a capacidade imaginativa. Esta perturbação expressa-se através de um repertório restrito de atividades e interesses.

O Autismo foi inicialmente descrita por Leo Kanner, em 1943, e Hans Asperger, em 1944 (Pereira, 1996). Ambos acabaram por descrever estas crianças como tendo uma interação social pobre, défices de comunicação e um conjunto de interesses especiais. Contudo, Kanner relatou uma forma mais grave de autismo, sendo estas as crianças que não comunicam e se isolam – o chamado “Autismo Clássico”. Por seu lado, as crianças observadas por Asperger apresentavam maiores capacidades, acabando por desenvolver competências ao nível do discurso e da socialização – o chamado Síndrome de Asperger (que se encontra caracterizado no ponto seguinte desde capítulo, 1.2. Síndrome de asperger) (Attwood, 2006).

Atualmente, o Autismo é designado de Perturbação Autística e pertence às Perturbações Globais do Desenvolvimento que são perturbações caracterizadas por um défice grave e global nas competências sociais e de comunicação, e pela presença de comportamentos repetitivos, interesses e atividades restritos (APA, 2002; Brandão, 2007). Esta perturbação do desenvolvimento tem uma componente genética e é mais frequente no

género masculino que no feminino (quatro rapazes para uma rapariga), sendo a sua prevalência de 5 casos por cada 10.000 indivíduos (APA, 2002; Brandão, 2007; CADIn, 2005; Lousada, 2004).

Segundo Siegel (2008), o Autismo resulta de uma anomalia na estrutura e funcionamento do cérebro. Atualmente, esta perturbação é considerada um distúrbio orgânico que resulta de uma disfunção cerebral precoce, com estruturas específicas do cérebro que não desempenham as funções esperadas (Oliveira, 2006; Attwood, 2008).

Barthélémy, Fuentes, Howlin e Gaag (2008 *cit. in* Gonçalves, 2012), afirmam que a genética tem um grande peso nas Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), contudo esta base genética deve ser de grande complexidade, envolvendo também as interações entre genes e meio ambiente, traduzindo-se assim na heterogeneidade que estas perturbações apresentam.

Além das causas genéticas, alguns casos de Autismo têm sido relacionados com fatores de risco na gravidez e no parto, embora um fator de risco não seja o mesmo que uma causa. Deste modo, pode existir antes uma combinação de fatores (quer sejam genéticos, ambientais ou associados à gravidez e parto) sobre os quais não se tem controlo, o que leva a que uma criança desenvolva Autismo ou outra Perturbação Global do Desenvolvimento (Siegel, 2008).

As características das PEA podem dividir-se em três áreas (APA, 2002 & CADIn, 2005): (1) Dificuldades na Interação Social, (2) Limitações na Comunicação Verbal e Não-verbal, e (3) Padrões de Comportamento, Interesses e Atividades Restritos, Repetitivos e Estereotipados.

Nas dificuldades na Interação Social são mencionadas características como o isolamento, não procurando entrar em contacto com o outro, tendo dificuldades para desenvolver relações com os pares, as dificuldades de atenção conjunta, as dificuldades em perceber as pistas sociais, o fraco jogo social imitativo e a ausência de tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objetos (APA, 2002; CADIn, 2005; Lima, 2007; Siegel, 2008).

As limitações na Comunicação Verbal e Não-verbal referem-se ao atraso ou ausência de linguagem oral, à incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversa com outros, ao uso estereotipado ou repetitivo da linguagem idiossincrática, à entoação, ritmo, volume e articulação peculiares, ao vocabulário restrito, à tendência para permanecer num tema do seu interesse, à dificuldade na pragmática, à utilização de expressões faciais inapropriadas, ao contacto ocular pobre, sendo o olhar vazio e distante, e à utilização do corpo do outro como extensão do seu para comunicar (APA, 2002; CADIn, 2005; Lima, 2007; Siegel, 2008).

O domínio dos Padrões de Comportamento, Interesses e Atividades Restritos, Repetitivos e Estereotipados dirige-se à restrição na variedade de interesses, à preocupação excessiva por um ou mais padrões ou por um interesse muito limitado, à inflexibilidade e intolerância a alterações na rotinas ou à existência de rituais específicos não funcionais, aos maneirismos motores estereotipados e repetitivos (e.g., abanar as mãos, bater com os dedos, balançar-se ou inclinar-se), às preocupações persistentes com partes de objetos, às anomalias posturais (e.g., andar em bicos dos pés) (APA, 2002; CADIn, 2005; Lima 2007; Siegel, 2008).

Além destas características, as crianças com PEA podem ser indiferentes face a ruídos sociais enquanto reagem a outros ruídos, tapando os ouvidos como sinal de incómodo ou tendo reações de pânico (Oliveira, 2006; Siegel, 2008). A criança pode também manifestar respostas desajustadas a estímulos sensoriais, como a um som, a uma textura, a um cheiro, a um alimento, à dor, ao calor ou ao frio (CADIn, 2005; Oliveira, 2006; Siegel, 2008).

Segundo o Manual de Classificação Diagnóstica e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002), existem cinco diagnósticos específicos do Espectro do Autismo, sendo eles a Perturbação Autística, Síndrome de Asperger, Perturbação de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, onde está incluído o Autismo Atípico.

Para a Perturbação Autística ser diagnosticada, recorrendo aos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tem de se verificar pelo menos dois itens da parte A, um da B e um da C, sendo que pelo menos seis itens, no total, têm de estar presentes. Assim, tem que se cumprir três critérios: (Critério A) a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interação e comunicação social, e um repertório acentuadamente restritivo de atividades e interesses; (Critério B) sendo que esta perturbação se manifesta normalmente antes dos três anos de idade, e é marcada por um atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas: interação social, linguagem usada na comunicação social, e jogo simbólico ou imaginativo, e (Critério C) o facto de a perturbação não ser melhor explicada pela presença de uma outra perturbação como a de Rett, ou a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.

Dado o espectro alargado de características das PEA e a sua variabilidade não é possível encontrar uma teoria única que explique todas essas características. Assim, existem diferentes teorias que explicam diferentes áreas de dificuldades, relacionando-se entre si.

- Teoria da Mente

A Teoria da Mente (ToM) refere-se à capacidade que um indivíduo tem em prever o comportamento do outro com base na interpretação dos seus estados mentais (i.e., desejos, crenças, intenções, conhecimentos, emoções e objetivos), tendo ainda consciência de que os estados mentais do outro são distintos dos seus (Frith, & Frith, 2003). Esta teoria pretende explicar as dificuldades de relação social e de comunicação que a criança com autismo tem (Baron-Cohen, 1995).

Vários estudos que envolvem o Teste das Crenças Falsas de *Sally-Ann* (*False Belief test – Sally-Ann*) têm comprovado que as crianças com PEA não possuem a capacidade de perceber que os estados mentais do outro são diferentes dos seus, existindo um défice na Teoria da Mente nestas crianças (Hooker, Verosky, Germine, Knight, & D'Esposito, 2008).

Este défice, denominado Cegueira Mental (*Mindblindness*), traduz a dificuldade que indivíduo com autismo tem em se colocar no lugar do outro e prever ou imaginar o que o outro possa sentir ou pensar numa dada situação (Baron-Cohen, 1995), e conduz a défices na linguagem, como consequência de não conseguirem comunicar o que sentem, e no comportamento social, pela dificuldade de dar sentido ao que o outro pensa ou como age (Bosa, 2001).

Deste modo, também a empatia vai estar comprometida, visto ser necessário colocar-se no lugar do outro, reconhecendo as suas emoções e partilhando-as (Singer, 2006, *cit. in* Hooker, Verosky, Germine, Knight, & D'Esposito, 2008), o que é a dificuldade nos indivíduos com Autismo.

- Teoria da Coerência Central

Existem outras características que não conseguem ser compreendidas pela Teoria da Mente. Através da Teoria da Coerência Central, características como a insistência na semelhança, a atenção ao detalhe em detrimento da globalidade, a insistência nas rotinas e as preocupações obsessivas conseguem ser explicadas (Frith, 1989).

Segundo Frith e Happé (2003), a Teoria da Coerência Central baseia-se na capacidade que o indivíduo tem em reunir os detalhes para compreender uma situação globalmente, generalizando e extraindo significados tendo em conta o contexto. A coerência central traduz-se, assim, como um tendência espontânea do desenvolvimento típico dos indivíduos que lhes permite integrar o detalhe num todo (processamento gestáltico) (Frith, 1989).

Através do Teste da Figuras Embutidas (*Embedded Figures Test*), concluiu-se que os indivíduos com PEA têm dificuldade no processamento gestáltico, o que resulta em falhas no processamento de informação e numa fraca coerência central (Frith, 1989). Assim, a falta de coerência central explica o défice destes indivíduos em juntar os detalhes de uma forma global para dar coerência a uma ação (Frith & Happé, 2003).

- Teoria das Funções Executivas

Com a Teoria das Funções Executivas conseguem-se perceber as dificuldades não sociais, como os interesses restritos, os comportamentos repetitivos e as dificuldades em gerir as solicitações da vida diária (Griffith, Pennington, & Wehnerq, 1999 *cit. in* Gonçalves, 2012).

As funções executivas são a capacidade de conseguir ter uma adequada resolução de problemas de modo a realizar um objetivo futuro (Griffith, Pennington, & Wehnerq, 1999 *cit. in* Gonçalves, 2012), e inclui as seguintes capacidades cognitivas: planeamento, flexibilidade de pensamento e ação, controlo da impulsividade, representação mental, memória de trabalho, gestão do tempo e das prioridades, e recurso a novas estratégias (Attwood, 2008).

A hipótese que os indivíduos com PEA tivessem um défice nas funções executivas deve-se à sua semelhança de comportamentos – inflexibilidade, perseverança, atenção ao detalhe, dificuldade no jogo simbólico e no relacionamento social – com os indivíduos com disfunção cortical pré-frontal. Tais comportamentos nos indivíduos com esta disfunção são explicados pelo comprometimento funcional do lobo frontal, onde se processam as funções executivas (Duncan, 1986, *cit. in* Bosa, 2001).

1.2. Síndrome de Asperger

O termo Síndrome de Asperger (SA) foi utilizado pela primeira vez em 1981 por Lorna Wing. Em 1994, com Hans Aperger, os critérios de diagnóstico foram reconhecidos no DSM-IV, onde esta perturbação é considerada como um subgrupo das PEA (Teixeira, 2005; Attwood, 2006). Nesta altura, Asperger observou um grupo de crianças que apresentavam maiores capacidades e que desenvolviam competências ao nível do verbal e da socialização (Attwwod, 2006).

Segundo alguns estudos, a SA tem uma taxa de 20 a 25 casos por 10.000 indivíduos (Teixeira, 2005), com uma maior prevalência no sexo masculino (APA, 2002).

Segundo a Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger (APSA, 2010), a SA afeta o modo como uma pessoa comunica e se relaciona com os outros, existindo dificuldades em três áreas: a Comunicação, a Interação Social e o Pensamento Abstrato. Ao contrário de muitas pessoas com Autismo, os indivíduos com SA têm problemas de linguagem em menor escala, falam mais fluentemente e têm um quociente de inteligência médio ou mesmo acima da média (APSA, 2010; Teixeira, 2005).

Na área da Comunicação, os indivíduos com SA podem falar continuamente sem mudar de assunto e não perceber o interesse ou desinteresse mostrado pelo ouvinte, parecendo insensíveis aos sentimentos e reações do outro, também têm problemas em entender as entoações e as metáforas, traduzindo as palavras de forma literal e existem limitações na

comunicação não-verbal referentes ao contacto ocular, postura corporal e gestos reguladores da interação social (APA, 2002; APSA, 2010; Teixeira, 2005; Williams, 2003; Attwood, 2006).

A nível da Interação Social, os indivíduos com SA querem ser sociáveis e gostam do contacto humano, no entanto têm dificuldades em perceber os sinais não-verbais e os sentimentos traduzidos por expressões faciais, sendo difícil criar e manter relações com as pessoas (APSA, 2010; Teixeira, 2005; Attwood, 2006).

Os indivíduos com SA têm normalmente dificuldades no pensamento abstrato, podendo isto causar problemas na aprendizagem de português ou filosofia, mas podem ser excelentes a matemática ou geografia, uma vez que conseguem facilmente memorizar factos e números (APSA, 2010). Também podem apresentar dificuldades em perceber os pensamentos e sentimentos do outro, e revelam uma inflexibilidade ou rigidez de pensamento (Attwood, 2006).

Além destas áreas, os indivíduos com SA podem apresentar também dificuldades noutras áreas, como na variedade de interesses, na concentração e na flexibilidade de mudanças (Williams, 2003). Eles podem desenvolver um interesse obsessivo sobre determinado tema que lhe desperta a atenção, o qual domina grande parte das suas conversas, e que pode variar ao longo da idade. Ao nível das rotinas, estas são bem definidas e têm de ser cumpridas, pois estes indivíduos também não gostam de alterações (e.g. ir por outro caminho para a escola, atraso de algum transporte ou mudança de professor), podendo ficar nervosos e/ou ansiosos com isso (APSA, 2010; Attwood, 2006).

A nível motor, os indivíduos com SA apresentam um atraso no desenvolvimento dos aspetos fundamentais da motricidade e também descoordenação motora, que afeta a locomoção, o equilíbrio, a destreza manual, a caligrafia, a imitação de movimentos e o ritmo (Attwood, 2006).

Segundo o DSM-IV (APA, 2002), para o diagnóstico de SA é necessário estar presente: (1) particularidades qualitativas na interação social (uso de peculiaridade no comportamento não-verbal para regular a interação social, falha no desenvolvimento de relações com pares, falha de interesse em dividir experiências com outros e falta de reciprocidade emocional e social), e (2) padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamentos, interesses e atividades (preocupação com um ou mais padrões de interesse restrito e estereotipados, inflexibilidade a rotinas e rituais não funcionais específicos e maneirismos motores estereotipados ou repetitivos, ou preocupação com partes de objetos).

As causas da SA não são ainda totalmente compreendidas. Contudo, alguns estudos demonstram que esta perturbação pode ser provocada por um conjunto de fatores neurobiológicos que afetam o desenvolvimento cerebral, e não ser devida à privação de afeto ou a ambiente demasiado severo (APSA, 2010; Teixeira, 2005).

1.3. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento

A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID) é caracterizada por um funcionamento intelectual global inferior à média, acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida quotidiana, competências sociais e interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (APA, 2002; Nipsee, 2010; AAIDD, 2012).

A criança com DID pode apresentar atrasos de aprendizagem e dificuldades concretas, contudo consegue desenvolver-se socialmente e interagir com os outros. Por outro lado, estes indivíduos podem ter um maior atraso do seu desenvolvimento e a sua autonomia

estar mais comprometida, tendo mais dificuldades de linguagem e psicomotoras, e necessitando de mais apoio (Nipsee, 2010).

1.3.1. Trissomia 21

A Trissomia 21 é uma desordem cromossômica, ao nível do material genético do cromossoma 21, sendo a mais comum nos seres humanos e a sua prevalência é de 1 caso para 700 ou 800 nascimentos (Capone, 2004; Sampedro, Blasco & Hernández, 1993; Kozma, 2001a).

Esta perturbação foi descrita pela primeira vez em 1866, por John Langdon Down que diferenciou a Síndrome de Down (Trissomia 21) de outras doenças e descreveu um conjunto de crianças com semelhanças entre si, mas distintas das outras pelo défice cognitivo (Capone, 2004). Assim, crianças com Trissomia 21 têm várias características desenvolvimentais e físicas semelhantes entre si, tendo um atraso de desenvolvimento ao nível da cognição, linguagem e motor (Oliveira, 2010).

Em relação aos fatores responsáveis por esta perturbação, muitos têm sido considerados como causas possíveis, sendo que alguns especialistas afirmam que é a interação de múltiplos fatores etiológicos, onde os mais conhecidos são os hereditários e a idade materna que estão mais relacionados com a probabilidade de ter um bebé com Trissomia 21 (Sampedro, Blasco & Hernández, 1993; Kozma, 2001a).

Um bebé com Trissomia 21 pode ser logo identificado à nascença, pois estes apresentam diferenças na face, pescoço, mãos e no tônus muscular. Contudo, apesar destas características físicas, é necessário a realização de um exame aos cromossomas para confirmar o diagnóstico (Kozma, 2001a).

Uma vez que esta perturbação tem características físicas particulares na face, pescoço, mãos e tônus muscular, é possível identificá-la aquando do nascimento. No entanto é necessária a análise do cariótipo para confirmar o diagnóstico (Oliveira, 2010; Kozma, 2001a).

Os bebés com Trissomia 21 apresentam um tônus muscular fraco (hipotonia), a cabeça é mais pequena que o normal, o pescoço pode ser mais curto, os olhos são um pouco inclinados para cima e rasgados com uma pequena prega de pele no canto anterior, a boca é mais pequena e a língua tem tendência a fora da boca, as mãos também são mais pequenas e largas, e com dedos mais curtos (Kozma, 2001a; Selikowitz, 1990 *cit. in* Oliveira, 2010). O seu crescimento e desenvolvimento motor são mais lentos e apresentam um défice cognitivo, aprendendo mais devagar e tendo mais dificuldades a nível do raciocínio e do entendimento (Kozma, 2001a). A nível da motricidade global, têm problemas de equilíbrio e dificuldade no controlo do corpo. Em termos de motricidade fina, têm dificuldades na realização de tarefas manuais (Santos, 2007). Na área da perceção, estas crianças apresentam maiores dificuldades nas capacidades de discriminação visual e auditiva, e ao nível do reconhecimento tátil (Sampedro, Blasco & Hernández, 1993). Em relação à linguagem, existe dificuldade na organização do pensamento, da frase, a aquisição de vocabulário e nos mecanismos de associação, atrasando assim o desenvolvimento da compreensão e produção verbal (Sampedro, Blasco & Hernández, 1993).

A nível da saúde, a criança com Trissomia 21 pode ser saudável como qualquer criança ou pode apresentar problemas a diferentes níveis, como malformações cardíacas, malformações gastrointestinais congénitas, infeções respiratórias, problemas de visão, perda de audição, redução das hormonas da tiróide, problemas ortopédicos e dentários, maior probabilidade de leucemia, problemas de obesidade e convulsões (Kozma, 2001b).

1.4. Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor

O Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor (AGDP) pode ser definido como um atraso significativo em vários domínios do desenvolvimento, como ao nível da motricidade global e fina, da linguagem, da cognição, da autonomia e das competências sociais (Ferreira, Dias & Santos, 2006; Ferreira, 2004). Qualquer um destes domínios pode estar mais ou menos comprometido, tornando o AGDP heterogéneo tanto na etiologia como no perfil fenotípico (Ferreira, 2004).

Estima-se que 1 a 3% das crianças com idade inferior a cinco anos tenham este atraso significativo, que se situa dois desvios-padrão abaixo da média das crianças da mesma idade e com um quociente de inteligência igual ou inferior a 70% (Ferreira, Dias & Santos, 2006).

Devido à heterogeneidade que existe nas aquisições entre as crianças com desenvolvimento típico, o AGDP é difícil de se efetuar. Assim, um diagnóstico é mais eficaz se resultar de uma avaliação de desenvolvimento com vigilância contínua, monitorizando as áreas de desenvolvimento da criança (Ferreira, Dias & Santos, 2006; Ferreira, 2004).

O diagnóstico tem que contemplar duas vertentes, o diagnóstico etiológico que se refere às possíveis causas do AGDP e o diagnóstico descritivo onde se caracterizam as capacidades cognitivas e do comportamento adaptativo, os fatores etiológicos e da patologia orgânica associada, e os aspetos comportamentais, psicológicos e emocionais e as condições ambientais e do enquadramento sócio-familiar (Ferreira, 2004).

Existem sinais de alerta que permitem identificar este atraso de desenvolvimento (Ferreira, Dias & Santos, 2006, & Ferreira, 2004). A nível da motricidade global, não rebolar aos cinco meses, não ficar sentado sem apoio aos nove meses, não ficar em pé com apoio aos dez meses, não andar sem apoio aos quinze meses, não saltar aos dois anos, não anda pé-ante-pé aos cinco anos. A nível da motricidade fina, não segurar e não juntar as mãos aos quatro/cinco meses, não transfere objetos de uma mão para a outra aos oito meses, há ausência de pinça dedos-polegar aos dez/onze meses, não põe/tira objetos de uma caixa aos quinze meses, não constrói uma torre de cinco cubos e não rabisca aos dois anos, não esboça uma linha reta aos três anos, não copia um círculo aos quatro anos, não copia um quadrado aos cinco anos. A nível da linguagem, não falar aos cinco/seis meses, não dizer palavras aos dezasseis meses, não construir frases de duas palavras aos dois anos, não compreender o que lhe dizem e não falar de modo inteligível aos três anos, não utiliza a sintaxe correta em frases curtas aos cinco anos. A nível da cognição, não procurar objetos escondidos aos doze meses, não aponta aos doze/quinze meses, não mostrar interesse nos jogos de causa-efeito aos quinze/dezoito meses, não categorizar semelhanças aos dois anos, não saber o nome próprio e completo aos três/cinco anos, não saber contar aos quatro anos nem as cores ou as letras aos cinco anos. Por fim, a nível psicossocial, não tem sorriso social aos três meses, não estranhar aos dez meses nem aceitar mimos ao um ano, agredir sem provocação aos dois anos e não brincar com os pares aos três/cinco anos.

2. INTERVENÇÃO NAS PEA

Na intervenção nas PEA é fundamental que se reúna diversos meios terapêuticos, não se restringido a um só tipo de modelo, assim como também se deve estender a outros contextos fora da sessão, como o contexto quotidiano e escolar (Vidigal & Guapo, 1997;

CADIn, 2005). A intervenção deve ser bem estruturada, organizada e adaptada a cada criança (Vidigal & Guapo, 1997).

A intervenção nas PEA deve ter como objetivos: (1) a promoção da interação social e da comunicação da criança, (2) a estimulação da sua autonomia, e a (3) redução dos problemas de comportamento. As estratégias utilizadas para atingir tais objetivos prendem-se com a estruturação das atividades na sessão, a gestão das expectativas, a promoção da compreensão de situações, a utilização das áreas fortes da criança e a individualização das tarefas (Hanbury, 2005 *cit. in* CADIn, 2005).

Um outro autor, Bottini (2007 *cit. in* Aniceto, Cordeiro, & Freitas, 2009), afirma que é necessário ter em conta o contexto familiar e escolar onde a criança se encontra, a idade desta, a forma como comunica e se relaciona com o outro.

2.1. Técnicas e Modelos de Intervenção nas PEA

2.1.1. Picture Exchange Communication System

O Picture Exchange Communication System (PECS) foi desenvolvido em 1985, por Andrew Bondy e Lori Frost, para indivíduos com PEA ou atrasos no desenvolvimento (Pyramid Educational Consultants, 2012). O PECS é um sistema de comunicação aumentativa e alternativa que consiste no intercâmbio de imagens (Healing Thresholds, 2010; Pyramid Educational Consultants, 2012).

A chave deste sistema de comunicação é o reforço direto que vem do que a criança deseja obter (Healing Thresholds, 2010). Quando a criança começa a usar o PECS, são utilizados os seus alimentos e/ou brinquedos favoritos, permitindo que esta inicie a interação com o outro, dando-lhe o cartão com a imagem referente ao que deseja e recebendo o objeto em troca. Ao longo das fases de treino do PECS, vai-se complexificando, permitindo que a criança utilize os cartões para fazer comentários e responder a perguntas. Quando a criança começar a perceber a utilidade da comunicação, espera-se que ela depois comece a utilizar a fala (Healing Thresholds, 2012; Pyramid Educational Consultants, 2012).

A utilização deste sistema de comunicação ajuda na diminuição dos problemas de comportamento e na melhoria das interações sociais (Healing Thresholds, 2010).

2.1.2. Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

O programa Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH) foi desenvolvido por Eric Schopler e colaboradores, em 1970, na Universidade da Carolina do Norte, com o principal objetivo responder às necessidades das crianças com PEA (TEACCH Autism Program, 2012a).

O TEACCH fundamenta-se (1) no envolvimento da família; (2) no currículo individualizado; (3) na estruturação do ambiente físico – áreas para atividades específicas, incluindo o trabalhar sozinho, lazer e áreas de trabalho de grupo, livres de estímulos distratores; (4) na utilização de suportes visuais de modo a tornar as atividades previsíveis e compreensíveis – através de horários diários individuais; e (5) no sistema de trabalho – em que a criança sabe exatamente o que fazer naquela atividade, começando com a caixa que está à sua esquerda e colocando-a à direita quando terminar o trabalho (Autism Connect, 2012; TEACCH Autism Program, 2012b).

2.1.3. Applied Behavioral Analysis

A análise do comportamento foi descrita por Skinner, em 1930 e é uma abordagem científica para compreender o comportamento e como ele é afetado pelo ambiente envolvente, quer seja físico ou social (Green, Taylor, Luce & Krantz, 2012).

O Applied Behavioral Analysis (ABA) é um modelo que utilize técnicas e princípios para aumentar os comportamentos desejados e reduzir os que são prejudiciais e que interferem na aprendizagem (Green, Taylor, Luce & Krantz, 2012).

Esta análise assenta no princípio que quando um comportamento é recompensado, esse comportamento é mais suscetível de ser repetido (Green, Taylor, Luce & Krantz, 2012; Healing Thresholds, 2009). O objetivo é determinar o que aciona determinado comportamento e o que acontece após se recompensar um comportamento (Healing Thresholds, 2009).

2.1.4. Floortime

O Floortime é uma abordagem terapêutica baseada na relação interpessoal (Developmental Individual Difference Relationship Model – DIR), desenvolvida em 1980 por Stanley Greenspan (Autism Speak, 2012). Este modelo tenta compreender o desenvolvimento funcional, emocional e o perfil de cada criança e o seu objetivo é ajudar a criança a atingir a auto-regulação, o interesse no meio à sua volta e nas relações humanas, a comunicação e o pensamento emocional, construindo bases saudáveis para as capacidades sociais, emocional e intelectuais (Autism Speak, 2012; The Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders, 2012).

A abordagem floortime é uma intervenção interativa não dirigida, em que a criança lidera a situação. Baseia-se nos seus pontos fortes e, primeiramente em atividades que esta consegue realizar, sendo que depois dirige a atenção dela para atividades mais complexas (Autism Speak, 2012).

3. PSICOMOTRICIDADE

A evolução e origem do conceito de Psicomotricidade basearam-se no desenvolvimento do estudo do corpo (Fonseca, 1996), sendo que a relação deste com a mente foi enfoque por parte de vários autores, como Charcot e Tissié (Fonseca, 2001).

O termo «psicomotricidade» surgiu através do contributo de Dupré – neuropediatra francês – em 1909, graças aos estudos com crianças débeis mentais sobre a fragilidade motora, considerando-as como um todo tanto no aspeto motor, como no aspeto cognitivo e afetivo (Fonseca, 2007).

Em relação ao campo científico, Henri Wallon é o grande pioneiro da psicomotricidade, ao desenvolver obras na área do desenvolvimento psicológico da criança e ao iniciar os primeiros estudos de reeducação psicomotora que impulsiona Guilmain a continuar esse trabalho, desenvolvendo uma Sistemática da Psicomotricidade (Fonseca, 2001; Fonseca, 2007). Guilmain define como objetivo da reeducação psicomotora que “segundo em todas as crianças a organização das funções do sistema nervoso à medida que se opera a manutenção, podemos reabilitar as manifestações próprias das funções em causa.” (Fonseca, 2007, p.14).

Segundo Wallon, a função tónica e a emoção constituem os processos básicos da intervenção psicomotora (Fonseca, 2007).

Os seus estudos continuaram a influenciar as investigações em vários campos de formação (psiquiátrica, psicológica, pedagógica), tornando-se o principal responsável

pelo movimento da reeducação psicomotora. Este movimento continuou a ser conduzido, posteriormente, por Ajuriaguerra e Soubiran (Fonseca, 2001 & 2007).

Ajuriaguerra contribuiu para os avanços nos estudos das relações entre a psicomotricidade, a inteligência, a afetividade e a sociabilidade, com os estudos clínicos sobre as síndromes psicomotoras (Fonseca, 2007).

Em 1961, é criado o primeiro Centro de Formação Superior em Psicomotricidade no Hospital de Henri Rousselle, com o certificado de reeducador da psicomotricidade (Fonseca, 2001). É também nos anos 60 que Wallon cria a revista psicológica *Enfance* (Fonseca, 2007).

Na área da educação, várias investigações de Picq e Vayer, le Boulch, Lapierre e Aucouturier, Defontaine, entre outros, são influenciados por Wallon. Os seus conceitos são revistos e influenciam a formação de terapeutas (Fonseca, 2007).

Ajuriaguerra continua a obra de Wallon, publicando trabalhos sobre o tónus e desenvolvendo métodos de relaxação, consolidando os princípios e as bases da psicomotricidade (Fonseca, 2007).

Em 1968, é criada a Sociedade Francesa de Educação e Reeducação Psicomotora, por Vayer, Lapierre e Aucouturier (Fonseca, 2007).

Wallon e Ajuriaguerra salientam a importância de uma teoria psicológica que relacione o desenvolvimento da criança, o seu comportamento e a maturação do sistema nervoso, porque só assim se conseguem estabelecer estratégias educativas, terapêuticas e reabilitativas adequadas às necessidades específicas (Fonseca, 2007).

Segundo Fonseca (2007, p. 16), a Psicomotricidade é vista como “a integração superior da motricidade, produto de uma relação inteligível entre a criança e o meio e instrumento privilegiado através do qual a consciência se forma e materializa”. O enfoque da Psicomotricidade é a qualidade relacional e a mediação, a estruturação somatognósica e a organização praxica do indivíduo, privilegiando a totalidade do ser (Fonseca, 2001).

Entende-se, assim, que as estruturas nervosas na criança se vão organizando progressivamente através das suas experiências com o envolvimento, processando-se uma evolução dos reflexos para os movimentos complexos, da inteligência prática à inteligência discursiva e do pensamento sincrético ao pensamento objetivo (Fonseca, 1996; Onofre, 2004). As funções tónica, postural e sensorio-motora são valorizadas na intervenção psicomotora, pois são consideradas como pontos de partida da estruturação mental, e a emoção como meio de ação sobre o outro (Fonseca, 1996).

A Psicomotricidade baseia-se numa visão holística do ser humano, onde se considera a constante interação das potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo, em que o corpo é o lugar de manifestação de todo o ser (Martins, 2001). A criança, como corpo, só se organiza na medida em que se move, sendo a psicomotricidade complementarmente um meio e um fim (Onofre, 2004).

A prática psicomotora é unificadora, fortalecendo a relação entre corpo e mente e capaz de melhorar o potencial adaptativo do sujeito. Tem, assim, como objetivo contribuir para a superação de problemas de maturação, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, utilizando para isso uma intervenção por mediação corporal (Martins, 2001). A organização dessa aprendizagem deverá ser progressiva e à medida do dar conta da descoberta e da procura, sendo que a criatividade é um fator determinante nessa mesma aprendizagem e no acesso à autonomia (Onofre, 2004).

Pedro Soares Onofre (2004) salienta que os primeiros comportamentos são essencialmente motores e desde a idade intra-uterina, iniciando-se a estruturação pessoal, que categorizou em três fases:

- 1ª Fase – do vivido ao sentido – A criança, existindo corporalmente, vai vivendo, manipulando e explorando e vai sendo informada pelas impressões que recebe e

"lhe são gravadas"; i.e., o seu sentir. De situação para situação, "esse seu sentir" vai "dizendo-lhe" sobre as coisas e convidá-la-á a investir a totalidade de si.

- 2ª Fase – do sentido ao percebido – A criança começa a procurar modificar a sua prática, a perceber-se e a perceber as coisas. Será motivada pelas informações dos seus órgãos sensoriais, que são duplamente recetores e emissores.
- 3ª Fase – do percebido ao representado – A criança, ao viver e, constantemente, ao sentir, irá percebendo-se e organizando-se. Torna-se capaz de se explicar, dizendo de si e a estar mais segura, posteriormente, para apresentar-se aos outros.

Fonseca (2005) realça que o psiquismo e a motricidade, na sua componente relacional e nas suas influências, representam o campo de estudo da Psicomotricidade, lembrando que o psiquismo integra a totalidade dos processos cognitivos, i.e., é constituído pelas sensações, percepções, imagens, emoções, afetos, fantasmas, medos, projeções, aspirações, representações, simbolizações, conceptualizações, ideias, construções mentais, entre outros, mas também pela complexidade dos processos relacionais e sociais. Por sua vez, a motricidade, conjunto de expressões mentais e corporais, engloba funções tónicas, posturais, somatognósicas e práxicas. Tais expressões corporais podem ser não-verbais ou verbais.

Quanto aos instrumentos de trabalho em Psicomotricidade, Martins (2001) refere que são constituídos pelo próprio corpo, pelos espaços físico e de relação, pelo tempo e ritmo das sessões e pelos objetos disponíveis, sendo que o corpo em movimento se relaciona com o próprio corpo, com o outro e com o envolvimento.

A motricidade espontânea é determinante na precisão, seletividade e no desenvolvimento da atividade, não esquecendo que o agido e o pensado são momentos indissociáveis indispensáveis no processo da aprendizagem (Onofre, 2004).

Martins (2001, p. 39) sublinha que a relação terapêutica se constrói quando o terapeuta é aceite e desejado pelo utente, afirmando que " O sucesso da intervenção depende em grande escala dos processos de identificação entre o técnico e o sujeito". Onofre (2004) vai de encontro a esta ideia, referindo que a gestão da aprendizagem implica o compromisso mútuo entre o adulto e a criança.

3.1. A Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora tem como principal objetivo a realização do indivíduo enquanto pessoa, tendo em conta as suas capacidades motoras, cognitivas e emocionais, as quais interagem e se expressam no corpo (Martins, 2001). Esta prática pode focar-se na regulação e harmonização tónica – o modo de o indivíduo estar no corpo; nos movimentos fundamentais e expressivos – o modo de o indivíduo agir com o corpo; e nas vivências da relação tónico-emocional com o técnico (Martins, 2001).

A intervenção em psicomotricidade pode desenvolver-se em diferentes contextos, como o contexto hospitalar, escolar, institucional e familiar, e assume três vertentes (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2010): (1) preventiva ou educativa – quando se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, e a melhoria de competências de autonomia; (2) reeducativa – quando a dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem está comprometida; e (3) terapêutico – quando é necessário ultrapassar problemas psico-afetivos que comprometem a adaptabilidade do indivíduo.

Na prática psicomotora tem que se ter em conta a história do indivíduo, as suas capacidades e dificuldades, e as próprias características do técnico (Martins, 2001). Este tipo de intervenção pode ter uma componente relacional e uma componente instrumental.

3.1.1. Psicomotricidade Relacional

A Psicomotricidade com uma componente psico-afetiva e relacional surgiu através das teorias psicodinâmicas, onde privilegiam a relação mãe-bebé (Martins, 2001).

Este tipo de Psicomotricidade permite ao indivíduo a expressão e superação de conflitos relacionais, e interfere de forma preventiva e terapêutica no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e social-emocional, estando ligada aos fatores psicoafectivos relacionais (Vieira, 2009).

Neste sentido, a intervenção tem que ser um espaço de prazer e de desejo, onde o indivíduo pode explorar livremente os seus medos, desejos, fantasias e ambivalências, consigo próprio ou em relação ao outro (Donnet, 1993 *cit. in* Martins, 2001; Vieira, 2009).

Neste tipo de intervenção, utiliza-se o jogo espontâneo, situações lúdicas e dinâmicas, a comunicação não-verbal, onde com o corpo em movimento se induz situações que desencadeiem sentimentos inconscientemente para, posteriormente, se traduzir em emoções e chegar ao consciente (Vieira, 2009).

3.1.2. Psicomotricidade Instrumental

A intervenção do tipo instrumental está mais relacionada com o envolvimento, as características espaciais e temporais, e os objetos, sendo a partir da exploração sensório-motora que se estimula a atividade percetiva, simbólica e conceptual. Estas explorações desenvolvem-se através de todas as formas de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre outras) (Martins, 2001).

Este vertente da Psicomotricidade é mais direccionada para a resolução de situações-problema. Estas situações são apresentadas de modo a que a criança consiga o sucesso e, conseqüentemente, aumente a autoestima e autoconfiança (Martins, 2001).

A Psicomotricidade Instrumental é uma intervenção de tipo cognitivo e neuropsicológico, que necessita de uma maior capacidade de atenção, para discriminar os estímulos (Martins, 2001).

Neste tipo de intervenção, a comunicação verbal é fundamental antes de se resolver o problema e depois, na sua avaliação. Desta forma, a criança retém melhor os passos a realizar e quais as diferenças ou semelhanças entre o que pretendia fazer e o que realmente fez (Martins, 2001).

3.2. Intervenção Psicomotora nas PEA

Devido às características inerentes às PEA, ao défice nas interações sociais e na comunicação, e aos padrões de comportamento, interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas (APA, 2002), a Psicomotricidade e o papel que o técnico desempenha passa também por reduzir estas dificuldades inerentes à natureza do autismo (Orjulin, 2005 *cit. in* Aniceto, Cordeiro, & Freitas, 2009).

O psicomotricista tem, assim, a possibilidade de usar o seu corpo para alcançar a empatia e comunicação, e o jogo, que é uma ferramenta básica de intervenção, para promover o desenvolvimento global das crianças (Llinares & Rodríguez, 2003).

Nas crianças com PEA, a Psicomotricidade assume-se como uma componente estruturante em termos psíquicos, incentivando a proximidade corporal, a imitação, a expressão simbólica e a relação mais ajustada com os objetos (CADIn, 2005).

O meio de comunicação para muitos indivíduos com PEA é a linguagem não-verbal e o corpo do outro (Almeida, 2004). Partindo desta característica, a Psicomotricidade é uma terapia que se pode desenvolver num contexto não-verbal, possibilitando a exploração das várias formas de comunicação, começando por uma linguagem interior que vai despertar o desejo de comunicar (CADIn, 2005). Ou seja, a Psicomotricidade vai estimular a comunicação através do trabalho corporal e de estímulos adequados às necessidades do indivíduo, permitindo que este se conheça e interaja com o meio envolvente, facilitando a sua adaptação (Almeida, 2004; Ajuriaguerra, 1986 *cit. in* Cornelsen, 2007). Assim, a exploração sensório-motora, além de permitir a exploração da atividade perceptiva e simbólica, poderá também contribuir para a estruturação das bases da linguagem verbal (CADIn, 2005).

Com a intervenção psicomotora pode-se proporcionar à criança com PEA experiências de sincronias espaciais e rítmicas, de expressão mímica, postural e cinética. Estas atividades vão contribuir para o desenvolvimento da somatognosia, da estruturação espacial e temporal (CADIn, 2005).

O vínculo que o técnico vai estabelecendo com a criança ao longo das sessões permite desenvolver a noção do corpo. A descoberta de outros objetos ao seu redor e a interação com estes contribuem também para as relações interpessoais e para a organização do pensamento (CADIn, 2005).

Todas estas aquisições tornam-se fundamentais para que a criança se adapte ao meio envolvente, encontrando os seus ritmos internos e externos (CADIn, 2005).

A terapia psicomotora ajuda a integrar uma imagem corporal fragmentada, no desenvolvimento da coordenação motora global e fina, na diminuição da agressividade, das estereotipias e dos sintomas de isolamento, e no aumento da espontaneidade, da autoestima e da comunicação (Cornelsen, 2007; Vidigal, & Guapo, 2003), através da orientação das atividades espontâneas para outros centros de interesse, desviando a tendência para movimentos repetitivos (Cornelsen, 2007).

Tendo em conta as dificuldades no desenvolvimento social, as atividades propostas pelo psicomotricista devem ter em conta os gostos e interesses da criança, proporcionando a relação entre o técnico e a criança, conseguindo a empatia necessária para a retirar da solidão, de modo a que, primeiro, reconheça o técnico e depois o procure (Llinares & Rodríguez, 2003).

Em relação ao défice na comunicação e na linguagem, os mesmos autores referem que o técnico deve dar importância ao gesto, à expressão facial, ao tom de voz e que deve aproveitar as emissões de sons, as ecolalias e as palavras descontextualizadas, dando-lhes significação, ajustando-as ao contexto. Para facilitar a compreensão, é importante que as instruções sejam claras, pronunciando ordens simples acompanhadas por gestos ou imagens (Llinares & Rodríguez, 2003).

Devido a terem também dificuldades de antecipação de acontecimentos, o psicomotricista pode executar as sessões sempre com a mesma estrutura, sendo que os rituais e a organização prévia do espaço vão promover o desenvolvimento dos primeiros esquemas da criança e também a sensação de segurança. Deve, no entanto, introduzir algumas modificações (Llinares & Rodríguez, 2003).

Na área da simbolização, devem ser promovidas atividades com brinquedos que reproduzam objetos reais, facilitando o seu desenvolvimento e realizar jogos pré-simbólicos (e.g., aparecer/desaparecer, perseguir, puxar/dar) (Llinares & Rodríguez, 2003).

3.3. Intervenção Psicomotora na DID

Uma característica nas crianças com DID é a alteração do seu desenvolvimento psicomotor, apresentando diferenças em relação às outras perturbações. Segundo Fonseca (1996), estas crianças têm dificuldade na generalização dos padrões motores, interferindo com a plasticidade e a flexibilidade da planificação motora, e também com o ajustamento às mudanças do meio envolvente.

A intervenção psicomotora tem como objetivo estimular o desenvolvimento das atividades perceptiva, simbólica e conceptual através de experiências sensório-motoras com intencionalidade e consciencialização, envolvendo a expressão motora, gráfica, verbal, plástica, entre outras (Martins, 2001).

Através da mediação corporal e da expressão simbólica, a Psicomotricidade pretende melhorar as funções mentais que estão em défice, a relação da criança com o meio envolvente e estimular a seu processo de maturação (CADIn, 2005).

Para que estes objetivos sejam atingidos, o psicomotricista tem que ter em conta que o processo de aprendizagem ocorre mais lentamente nestas crianças, sendo necessário que as atividades sejam repartidas em unidades mais simples, existindo sempre aprendizagens positivas, significativas e que promovam a motivação (CADIn, 2005).

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

4.1. Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

O Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn) é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), de utilidade pública. O grande objetivo deste centro prende-se com a integração de indivíduos com Perturbações do Desenvolvimento na comunidade, incluindo as escolas e as famílias, exercendo ações pedagógicas e terapêuticas (CADIn, 2005; Leite, Botton, Relvas, Palha, & Antunes, 2003). A sua missão é não só ajudar na integração da criança com Perturbação do Desenvolvimento na comunidade, mas também no estudo do desenvolvimento infantil, estimulando a atividade intelectual em crianças na pré-primária, primária e adolescentes com um desenvolvimento convencional (Leite, Botton, Relvas, Palha, & Antunes, 2003).

O CADIn foi fundado a 9 de Abril de 2003 no concelho de Cascais e iniciou atividade em 2 de Junho do mesmo ano, abrindo um outro pólo mais recentemente no distrito de Setúbal, em 1 de Setembro de 2011, devido a um elevado número de utentes provenientes deste distrito no CADIn (CADIn, 2005 & 201; Leite, Botton, Relvas, Palha, & Antunes, 2003).

A construção do CADIn assentou na ideia de formar um centro de qualidade que permitisse (1) criar um centro de referência no diagnóstico e tratamento das Perturbações do Desenvolvimento, (2) construir um núcleo de especialidade no âmbito das Perturbações de Desenvolvimento, (3) desenvolver um modelo terapêutico e pedagógico a nível nacional e internacional para o acompanhamento de crianças e (4) possuir um grande elemento de apoio social às famílias de menores recursos económicos, tendo igual acesso aos serviços do centro, através do recurso à Bolsa Social (CADIn, 2005; Leite, Botton, Relvas, Palha, & Antunes, 2003).

Deste modo, os princípios em que este centro de desenvolvimento assenta são (1) o apoio à total integração na comunidade da criança, (2) a complementaridade da atividade

clínica com a investigação científica, (3) a autonomia com responsabilidade, (4) a permanente prestação de contas e da eficácia utilização dos fundos postos à disposição do centro e (5) a capitalização (Leite, Botton, Relvas, Palha, & Antunes, 2003).

O CADIn pretende ser o mais abrangente e especializado possível, tendo uma equipa multidisciplinar que abrangem as áreas de pediatria do desenvolvimento, neuropediatria, pedopsiquiatria, reabilitação psicomotora, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e da fala. Na área do neurodesenvolvimento, esta instituição atende indivíduos com dificuldades de aprendizagem e atrasos na aquisição das competências psicomotoras, desde a infância à idade adulta. Assim, promoveram-se abordagens clínicas e instrumentos de avaliação e intervenção de diagnóstico e acompanhamento até à idade adulta (CADIn, 2005 & 2011).

Em termos da avaliação técnica, esta exige que se tenham profissionais com competências em áreas específicas abrangendo diversas perturbações, que vão desde a Dislexia e a Hiperatividade ao Espectro do Autismo e os Défices Cognitivos. É importante também que exista uma articulação e troca de informação entre os técnicos das diferentes áreas clínicas, uma vez que estas perturbações raramente se encontram isoladas, dando-se uma resposta global à criança e à sua família (CADIn, 2005).

As crianças que chegam ao CADIn são, primeiramente, avaliadas pelo médico que procede com o reencaminhamento para o núcleo onde se realizará uma avaliação aprofundada que permitirá o delineamento de objetivos e estratégias de intervenção. Esta última terá a periodicidade acordada entre técnicos e pais e enquadrar-se-á num processo de intervenção alargado, contando com a participação da família e da escola (CADIn, 2005).

Neste centro de desenvolvimento existem vários núcleos e especialidades. O núcleo das Dislexias e Outras Dificuldades de Aprendizagem destina-se à avaliação e ao apoio pedagógico de crianças e jovens com Dislexia, Disgrafia, Disortografia e Discalculia, tendo em conta sempre os aspetos emocionais, comportamentais, de socialização, organização e métodos de estudo, entre outros. O núcleo do Autismo e Défices Cognitivos dedica-se ao diagnóstico e intervenção terapêutica nas Perturbações do Desenvolvimento referentes às dificuldades de comunicação, de interação social e aos défices do funcionamento cognitivo e do comportamento adaptativo. No núcleo da Hiperatividade, Défice de Atenção e Outros Problemas do Comportamentos, os técnicos dão resposta às Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção, ao Distúrbio da Atenção, Motricidade e Perceção, às Perturbações do Humor e do Comportamento O CADIn&Out que foi criado para levar até às escolas os serviços de apoio psicopedagógico, terapêutico e educacional que existem no CADIn (CADIn, 2011).

O Centro tem também o intuito de contribuir ativamente para a integração plena e efetiva na sociedade do indivíduo com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento ou Perturbação do Desenvolvimento. Desta forma, o atendimento realizado é contínuo, apoiando jovens e adultos na formação profissional e/ou emprego. O núcleo de Intervenção Socioprofissional é o responsável por esse apoio e pretende dar respostas às necessidades de transição e *coping*, tendo em conta as preferências e interesses desses indivíduos (CADIn, 2005 & 2011). O núcleo de Apoio e Intervenção Familiar dispõe de vários modelos de intervenção para ajudar nos problemas das famílias e casais. No núcleo da Orientação Escolar e Profissional ajuda-se a criança e/ou jovem conhecer os seus valores, capacidades, interesses e objetivos na vida, e as alternativas de ensino e de trabalho que tem ao seu dispor. O núcleo de Intervenção no Uso da Internet e das Telecomunicações pretende avaliar e intervir em problemas de dependência da internet, investigar o uso das tecnologias na saúde mental e promover ações de formação do uso correto dessas tecnologias (CADIn, 2011).

A consulta de Educação e Intervenção em Sexualidade destina-se sobretudo à avaliação, intervenção e aconselhamento na área da saúde e bem-estar sexual, e à promoção de ações de esclarecimento de educação sexual. Na consulta de Perturbações do Sono avalia-se especificamente a perturbação e as suas consequências, realizando-se depois uma intervenção adaptada a cada caso com o objetivo de garantir o melhor funcionamento noturno e diurno da criança e da família (CADIn, 2011).

A Terapia Ocupacional pretende tornar a pessoa mais autónoma nas suas atividades de casa, da escola, do trabalho e da comunidade, mesmo apresentando dificuldades e/ou incapacidades (CADIn, n.d.). Na Terapia da fala, o técnico avalia e intervém ao nível da comunicação, nos seus processos de compreensão e produção de linguagem oral e escrita, e na comunicação não-verbal (CADIn, 2011). A Fisioterapia dedica-se à avaliação e intervenção das alterações motoras que interferem no desenvolvimento da criança, prejudicando a sua funcionalidade (CADIn, n.d.).

O acompanhamento do indivíduo com deficiência pressupõe a existência de um plano de reabilitação integrado, que valorize o indivíduo e o meio em que se insere. A existência de um filho com uma patologia grave do desenvolvimento coloca vários desafios à família. Assim, os pais precisam de um apoio adequado que sirva como meio de equilíbrio entre si, o filho com perturbação do desenvolvimento e os restantes membros da família. Este apoio existe para que não se sintam sós e concretiza-se com um grupo de especialistas em apoio e aconselhamento familiar (CADIn, 2005).

A Bolsa Social tem como função apoiar as famílias com baixos rendimentos e que têm dificuldades em suportar os custos dos serviços do centro, e resulta dos donativos de particulares, instituições e empresas, variando de ano para ano. Atualmente, este projeto apoia 1 em cada 3 indivíduos que vêm ao CADIn (CADIn, 2011).

Outra vertente do CADIn é a Formação tanto a profissionais como educadores, professores e pais, cujo objetivo é que eles se tornem parceiros ativos no processo de aquisição e promoção de aptidões e competências (CADIn, 2005).

A vertente Científica assume muita importância para os técnicos e para o projeto do CADIn, visando uma formação constante e atualização de conhecimentos, que são partilhados e discutidos em debate, e que são fundamentais para a implementação de investigação de qualidade (CADIn, 2005).

4.2. Núcleo das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos

O Núcleo das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos (NPEADC) destina-se às Perturbações do Desenvolvimento que englobam as dificuldades de comunicação e de interação social, os défices do funcionamento cognitivo e do comportamento adaptativo (CADIn, 2011).

Este núcleo dedica-se tanto à avaliação diagnóstica como à intervenção terapêutica de crianças e adolescentes com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) (Síndrome de Asperger, Perturbação Autística e PEA Sem Outra Especificação), Défices Cognitivos, Atrasos Globais do Desenvolvimento e Síndromes Genéticas (Trissomia 21, Síndrome de X Frágil e Síndrome de Angelman). A avaliação e intervenção são asseguradas por psicólogos clínicos, técnicos superiores de educação especial e reabilitação, terapeutas da fala e ocupacionais (CADIn, 2011).

Em relação à avaliação são utilizados instrumentos específicos que permitem identificar os sinais relacionados com as PEA, as áreas menos desenvolvidas na criança e as áreas mais fortes de modo a facilitar posteriormente a estruturação do plano de intervenção. Para a avaliação são utilizados os instrumentos PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisto), ADI-R (Autism Diagnostic Interviewn Reviewed), ADOS (Autism Diagnostic Observation

Scale), CARS (Childhood Rating Scale) e CHAT (Checklist for Autism Toddlers). Também se utiliza a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths com o objetivo de perceber qual o quociente de desenvolvimento da criança ao nível das áreas motora, pessoal-social, audição e fala, coordenação olho-mão, realização e raciocínio prático. É importante também saber quando a criança atingiu a marcha independente e a linguagem, compreendendo melhor o seu desenvolvimento (CADIn, 2005).

4.3. Psicomotricidade no CADIn

No CADIn, a Psicomotricidade assume-se como um espaço de intervenção que se ajusta às crianças, moldando-se à sua idade, patologia e necessidades. Esta intervenção tem lugar nos vários núcleos: Dificuldades de Aprendizagem; Perturbações do Espectro do Autismo e Défices cognitivos; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, incidindo nos diferentes domínios do desenvolvimento. Face às necessidades específicas de cada indivíduo, a intervenção vai procurar responder com respostas educativas e terapêuticas adequadas. A intervenção psicomotora conta com dez Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação (CADIn, 2005).

A psicomotricidade representa uma resposta de intervenção adequada a criança e jovens que, através do investimento corporal na ação, da manipulação de objetos, da simbolização e de atividades expressivas, conseguirão melhorar a comunicação e organizar o pensamento (CADIn, 2005).

III. Realização da Prática Profissional

1. CALENDARIZAÇÃO E HORÁRIO DE ESTÁGIO

O estágio teve início oficial em Novembro de 2011 e finalizou-se no fim de Maio no presente ano.

1.1. Horário de Estágio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9h00		D.C.	J.L.	(8h30) Reunião Professora	(9h30) D.F.
10h00				Avaliação	
11h00		G.B.	(11h30) Reunião Coord. Local		(11h30) Reunião Núcleo
12h00		D.F.			
13h00					
14h00		Reunião Equipa	S.P.	Avaliação	Reunião Equipa
15h00		G.F.	A.M.		
16h00		A.R.		M.	F.L.
17h00			F.L.	S.N.	G.S.
18h00					R.S.

Tabela 1. Horário de Estágio

2. POPULAÇÃO APOIADA

No decorrer do estágio, teve-se a oportunidade de acompanhar treze crianças, a maioria em idade pré-escolar e com Perturbações do Espectro do Autismo. Também se acompanhou uma criança com Síndrome de Asperger, que mais tarde passou para o Núcleo das Dificuldades de Aprendizagem, uma vez que começou a ter dificuldades ao nível da leitura e a qual se deixou de acompanhar. Teve-se também contacto com duas crianças com Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor e com um jovem com Trissomia 21. Neste estágio, pôde-se também observar sessões de intervenção precoce de duas crianças com dois anos, com perturbação do espectro do autismo.

2.1. Crianças Acompanhadas

Segue-se uma tabela das crianças acompanhadas, a sua idade, diagnóstico e as áreas mais trabalhadas ao longo das sessões.

Criança	Idade	Diagnóstico	Áreas a trabalhar
D.C.	5 anos	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	Motricidade; Competências Pré-Académicas; Autonomia
G.B.	6 anos	Perturbação Autística	Competências Pré-Académicas; Linguagem
D.F.	4 anos	Perturbação Autística	Vocalizações; Motricidade Fina; Grafismos; Associações; Emparelhamentos; Encaixes; Comportamento
G.F.	2 anos	Perturbação do Espectro do Autismo	Motricidade Fina; Vocalizações; Associações; Emparelhamentos; Encaixes; Grafismos
A.R.	4 anos	Perturbação Autística	Competências Pré-Académicas; Linguagem; Interação Social
J.L.	4 anos	Perturbação do Espectro do Autismo	Competências Pré-Académicas; Comportamento
S.P.	5 anos	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	Competências Pré-Académicas
A.M.	5 anos	Perturbação Autística	Competências Pré-Académicas; Linguagem
F.L.	5 anos	Perturbação Autística	Competências Pré-Escolares; Comportamento
M.	2 anos	Perturbação do Espectro do Autismo	Vocalizações; Motricidade Fina; Grafismos; Associações; Emparelhamentos; Encaixes
S.N.	5 anos	Síndrome de Asperger	Competências Sociais; Competências Pré-Académicas de Leitura
G.S.	8 anos	Perturbação Autística	Competências Académicas

R.S.	15 anos	Trissomia 21	Competências Académicas
-------------	----------------	---------------------	--------------------------------

Tabela 2. Crianças Acompanhadas

3. INTERVENÇÃO NO NPEADC

A intervenção no NPEADC é de base cognitivo-comportamental e também com enfoque instrumental da Psicomotricidade, sendo que a componente relacional também está presente, fomentando a relação entre o técnico e a criança.

Esta intervenção não se foca apenas num único método de intervenção no autismo, mas tenta retirar dos métodos existentes os seus pontos fortes. Deste modo, a intervenção é baseada na estruturação e nos suportes visuais do método TEACHH, nos reforços do método ABA e, na iniciativa da criança e na relação que se estabelece com esta do método Floortime. É realizada no contexto de sala, como vai ser descrito no ponto 3.2. Contexto de Intervenção desde capítulo.

3.1. Áreas de Intervenção

Ao longo das intervenções observadas, foram diferentes as áreas trabalhadas, incidindo maioritariamente nas áreas das competências académicas, motricidade, comportamento e linguagem. É importante referir que estas áreas são trabalhadas mediante estratégias que vão de encontro às motivações de cada criança.

No domínio cognitivo trabalha-se o raciocínio lógico e abstrato, a resolução de problemas, a perceção, memória e atenção, assim como se desenvolve a sequencialização, o emparelhamento, a categorização e a associação, desde os conceitos básicos como a cor, forma e tamanho.

A nível da motricidade pretende-se desenvolver a tonicidade, o equilíbrio, a lateralidade, a estruturação espaço-temporal e a motricidade global e fina, numa perspetiva que estas possam servir de bases para um desenvolvimento do pensamento e modificações no comportamento da criança.

Na área da linguagem, estimula-se a aquisição de conceitos básicos de cor, forma, tamanho e também conceitos de animais e os seus sons, como os membros da família e as pessoas mais presentes no dia-a-dia da criança, os objetos e ações mais comuns.

Em termos comportamentais, o objetivo é gerir e regular o comportamento da criança para que esta tenha um comportamento mais adequado e autónomo em diversas situações (e.g., como se comportar no trabalho de mesa, quando está ao computador, no tapete para brincar, no despir e vestir) e na relação com o outro.

3.2. Contexto de Intervenção

No NPEADC, a intervenção é feita no contexto de sala, um ambiente sem estímulos distráteis e estruturado segundo o método TEACCH.

A sala tem um horário visual das tarefas a desenvolver na sessão e os respetivos espaços marcados – espaço de aprender ou trabalhar em conjunto, espaço de trabalhar sozinho, espaço do computador e espaço do brincar. A disposição da sala e os

momentos planeados variam consoante a idade da criança, o seu diagnóstico e os objetivos que foram estabelecidos para ela.

Em relação ao espaço de aprender ou trabalhar em conjunto, o trabalho é feito de um para um em mesa e as tarefas propostas encontram-se à esquerda da criança, sendo que após a realização passam para a direita, ou então encontram-se numa estante em caixas e a criança vai busca-las consoante a ordem de cor ou de números estabelecida pela técnica.

O trabalho realizado com a população apoiada foi sobretudo relacionado com as competências pré-académicas e académicas, fazendo a ponte para o contexto escolar.

O conjunto de atividades propostas pela técnica durante a sessão vão de encontro aos objetivos estabelecidos para a criança em questão, sendo que devem ser adaptadas na altura consoante as motivações e as necessidades da criança naquele momento. Cada uma das atividades tem o início e o fim bem marcado e são explicadas utilizando uma linguagem simples e direta, suportadas por pistas visuais.

O espaço de trabalhar sozinho é destinado à criança ser capaz de realizar uma dada atividade sozinha, ganhando autonomia. É de referir que as atividades que são propostas à criança neste espaço já foram trabalhadas anteriormente no espaço de aprender.

No espaço do computador é dada liberdade à criança de escolher a atividade ou o jogo que quer, mas sempre guiada pela técnica.

3.3. Planeamento da Intervenção

De seguida encontra-se uma tabela referente a número de sessões de Educação Especial e Reabilitação observadas em cada mês, em que se planeou atividades e sessões completas, ao longo do estágio. Entre estas sessões, encontram-se também sessões de Psicologia e Terapia de Fala. Ainda se faz referência às avaliações observadas e em que se realizou a avaliação do desenvolvimento.

	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Avaliações								
Observação (11)	5	2	2	1	1			
Realização (4)				1		1	2	
Sessões de Terapia da Fala								
Observação (8)		1		1	1	2	3	
Sessões A.R. – Estudo de Caso								
Observação (9)	3	3	3					
Planeamento Atividades (3)			1	2				
Planeamento Sessões (10)				1	3	4	2	
Sessões D.C.								
Observação (2)	2							

Observação Participada (5)	1	1		3				
Planeamento Atividades (9)			3	1	2	3		
Planeamento Sessões (2)							2	
Realização Avaliação (2)		1	1					
Sessões G.B.								
Observação (7)	3	3	1					
Observação Participada (1)			1					
Planeamento Atividades (11)			3	2	3	2	1	
Planeamento Sessões (2)							2	
Sessões D.F.								
Observação (8)	2	2	4					
Observação Participada (5)		3	1			1		
Planeamento Atividades (4)			2	1		1		
Sessões G.F.								
Observação (18)		1	5	5	2	3	2	
Sessões J.L.								
Observação (6)	1	4	1					
Observação Participada (2)			1	1				
Planeamento Atividades (5)			2	1			2	
Planeamento Sessões (2)							2	
Realização de Avaliação (3)				1	1	1		
Sessões S.P.								
Observação (18)	3	2	3	4	2	1	3	
Sessões A.M.								
Observação (4)	2	2						
Observação Participada (2)		1	1					
Planeamento Atividades (6)			1	2	2	1		
Planeamento Sessões (1)							1	
Sessões F.L.								
Observação (2)	1						1	
Observação Participada (2)			1				1	
Planeamento Atividades			2	2	4	2	1	

(11)								
Planeamento Sessões (1)							1	
Sessões M.								
Observação (4)	2		1	1				
Observação Participada (3)			1	2				
Realização da Sessão (9)					4	2	3	
Sessões de Psicologia do S.N.								
Observação (3)	1	1	1					
Observação Participada (8)		1	3	3	1			
Sessões do G.S.								
Observação (4)	1	2	1					
Planeamento Atividades (14)			2	4	4	2	1	1
Sessões do R.S.								
Observação (3)	1	1	1					
Planeamento Atividades (14)			2	4	4	2	1	1

Tabela 3. Calendarização das Sessões e Avaliações

3.4. Intervenção

No primeiro semestre, apenas se observou as sessões destas crianças. No decorrer do mês de Dezembro de 2011, foi proposto a realização de atividades planeadas pela técnica com algumas crianças, e mais tarde que o planeamento de uma atividade por sessão.

No segundo semestre, planeava-se uma atividade por sessão para oito das treze crianças acompanhadas, realizava-se a sessão de uma das crianças com dois anos e a observavam-se as sessões das outras três crianças. Foi neste momento que foi definido qual seria a criança do meu estudo de caso, começando a planear as atividades para a sessão. Durante o mês de Maio começou-se a planear as sessões de cinco crianças, para as quais se estava, inicialmente, a fazer apenas uma atividade por sessão.

Os planeamentos das atividades realizados ao longo do estágio, bem como as sessões planeadas, encontram-se em anexo (em suporte digital, na pasta 1.Planeamentos de Atividades e Sessões).

Ao longo do estágio também foram feitos alguns materiais para as sessões que se encontram igualmente em anexo (em suporte digital, na pasta 3.Materiais).

4. AVALIAÇÃO NO NPEADC

Os pais e as crianças podem dirigir-se ao CADIn por iniciativa própria ou por encaminhamento de um técnico de saúde ou profissional da área da educação. Depois de uma consulta de neuropediatria, o médico procede ao reencaminhamento para um dos núcleos da instituição, a fim de ser realizada a avaliação.

Em relação a como se processa a avaliação, esta é composta essencialmente por cinco etapas: (1) contacto com os pais e marcação da avaliação, (2) aplicação dos instrumentos de avaliação, (3) cotação e análise dos resultados dos instrumentos de avaliação, (4) elaboração do relatório de avaliação, e (5) entrega do relatório de avaliação aos pais.

A avaliação é feita numa sala, que contém alguns brinquedos ao alcance da criança de modo a cativá-la e para que ela se sinta à vontade com a técnica. Os pais da criança também estão presentes, para que a criança se sinta segura e também porque alguns instrumentos de avaliação são aplicados à criança e outros são aplicados aos pais.

No NPEADC, a técnica começa normalmente por aplicar a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths à criança, visto este ser um instrumento que contém atividades que cativam a criança. Um outro instrumento é depois aplicado à criança, o Autism Diagnostic Observation Schedule. Estes instrumentos permitem realizar a avaliação das competências motoras, linguísticas, cognitivas, comportamentais e de autonomia da criança.

Em relação aos pais, é-lhes feita uma entrevista com respostas abertas, o Autism Diagnostic Interview Revised, obtendo o máximo de informação sobre a criança e as suas características. Por vezes, são dados aos pais outros instrumentos de avaliação, dependendo das características da criança, das suas capacidades e da sua idade.

A aplicação destes instrumentos pode ser feita em vários dias, o que é mais aconselhável, uma vez que a criança fica cansada e não consegue ter a sua melhor prestação se estes instrumentos foram aplicados num só dia. Contudo, por vezes, a avaliação ocorre num só dia, visto muitos pais virem de outras localidades distantes.

Após a cotação dos instrumentos de avaliação, interpretação dos resultados e elaboração do relatório de avaliação, este é entregue aos pais.

Na entrega do relatório, os resultados obtidos na avaliação são explicados, como também lhes são esclarecidas todas as dúvidas e lhes são facultadas estratégias para o dia-a-dia da criança. No relatório de avaliação também se encontra qual o tipo de intervenção que a criança necessita.

Depois de ser realizada a avaliação, através dos resultados obtidos é elaborado o plano de intervenção, onde são delineados os objetivos e as estratégias, e começa-se a intervir com a criança, sempre articulando esta intervenção com os pais e a escola.

De modo a perceber-se a evolução da criança são realizadas reavaliações do desenvolvimento, normalmente, de seis em seis meses ou uma vez por ano, utilizando o mesmo instrumento da avaliação inicial.

4.1. Instrumentos de Avaliação

Como já foi referido, quando uma criança é encaminhada para uma avaliação de despiste de uma PEA são utilizados vários instrumentos: a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (revisão de 1996 e 2006), o Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R, Le Couter, Lord & Rutter, 2003), o Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS, Lord, Rutter, DiLavore & Rissi, 1989) e o Questionário para a Educadora do CADIn.

Quando necessário e para despiste de outras perturbações é aplicado o ASDS (Myles, Jones-Book & Simpson, 2000), para despiste específico de Síndrome de Asperger) e o Conners (Rodrigues, 2005), para despiste de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. Por vezes, também é aplicado a Vineland (Sparrow, Ccchetti & Balla, 2005) para avaliar o comportamento adaptativo.

4.1.1. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths

A Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths foi publicada pela primeira vez em 1954 e abrangia os primeiros 2 anos de vida. Esta escala avaliava os seguintes domínios: (A) locomoção, (B) pessoal-social, (C) audição e fala, (D) coordenação olho-mão e (E) realização. Em 1970, prolongou-se a escala até aos 8 anos. Com o tempo, observou-se a necessidade de fazer uma revisão da escala, mantendo-se as 5 subescalas, mudando-se apenas a denominação da subescala (E) para audição e linguagem (Huntley, 1996).

As Escalas Griffiths avaliam o desenvolvimento mental das crianças, referindo-se este conceito aos processos e ritmos de crescimento e maturação das competências na criança. Deste modo, estas escalas avaliam as competências do desenvolvimento ao longo da infância e medem, de forma individual e em conjunto, as várias vias de aprendizagem em subescalas (Luiz, *et al.*, 2008).

O facto de avaliar as capacidades da criança em domínios diferentes do desenvolvimento, permite observar as suas áreas fortes e fracas (Huntley, 1996), o que facilitará, posteriormente, a realização do plano de intervenção, ajudará a perceber quais as áreas por onde se deve começar a intervenção e a estruturar as sessões.

4.1.2. Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R)

O Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R) é uma entrevista estruturada que é utilizada no diagnóstico de PEA, permitindo distinguir o Autismo de outras Perturbações do Desenvolvimento, sendo também útil para o tratamento e planeamento da intervenção (Rutter, LeCouteur & Lord, 2012).

Este instrumento é administrado por um profissional experiente aos pais ou aos prestadores de cuidados, que estejam familiarizados com o desenvolvimento e comportamentos do indivíduo. Esta entrevista pode ser utilizada para avaliar tanto crianças como adultos, desde que a sua idade mental seja superior a 2 anos (Rutter, LeCouteur & Lord, 2012).

O ADI-R é composto por 93 questões que abrangem 3 domínios: (1) Linguagem e Comunicação, (2) Interação Social e (3) Comportamentos e Interesses Restritos, Repetitivos e Estereotipados (Rutter, LeCouteur & Lord, 2012).

Este instrumento de avaliação permite assim recolher muita informação sobre a criança nestes três domínios, sendo que qualquer informação que os pais ou prestadores de cuidados possam dar é importante para o diagnóstico. Através desta entrevista, o técnico consegue ter uma visão dos pais sobre a criança, quais as suas principais preocupações e as características que dão mais valor e as que dão menos atenção. O ADI-R possibilita que os pais esclareçam as suas dúvidas e compreendam melhor as PEA.

4.1.3. Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

O Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) foi introduzido na década de 1980 como um método de padronização de observações diretas do comportamento social, da comunicação e do jogo em crianças com suspeita de Autismo (Lord *et al.*, 2000).

Este instrumento permite avaliar e diagnosticar uma PEA, em todas as idades e níveis de desenvolvimento e competências linguísticas (Lord *et. al*, 2012). É uma avaliação semi-

estruturada que consiste em diversas atividades que permitem observar a interação social, a comunicação e o uso imaginativo de objetos e permite quantificar os comportamentos que são relevantes para o diagnóstico de uma PEA (Lord *et al.*, 2000; Lord *et al.*, 2012).

O ADOS é composto por 4 módulos, sendo aplicados dependendo do nível de linguagem, expressividade e idade cronológica do indivíduo (Lord *et al.*, 2012): o Módulo 1 é utilizado com crianças que não usam frases de forma consistente; o Módulo 2 é utilizado com crianças que usam frases mas não verbalizam fluentemente; o Módulo 3 é utilizado com crianças fluentes, e o Módulo 4 é utilizado com adolescentes e adultos fluentes.

Esta escala possibilita observar a criança num ambiente não-natural para ela, percebendo como esta reage e se adapta às diferentes situações que lhe são propostas, e relacionar esta informação com a informação recolhida no ADI-R.

4.1.4. Questionário para a Educadora

O Questionário para a Educadora foi elaborado pela equipa do CADIn e tem como objetivo recolher informação relativa à criança dentro do contexto escolar. Este questionário, o qual é entregue à educadora, faz referência ao comportamento da criança dentro da sala de aula e no recreio, nas relações sociais com os pares e com os adultos, e nas alterações de rotinas. Também abrange as questões sensoriais e da linguagem.

Este questionário ajuda na identificação de comportamentos desadequados e, posteriormente facilitar o despiste de uma PEA. Torna-se um importante instrumento de avaliação, permitindo, juntamente com os restantes instrumentos, uma avaliação holística dos diferentes contextos onde a criança está inserida.

5. ESTUDO DE CASO

De seguida, irá ser caracterizada a criança que foi acompanhada mais de perto, fazendo referência à avaliação final que foi feita no CADIn, ao planeamento de intervenção delineado e à intervenção realizada com a criança. Por fim, é analisado o processo de intervenção, de uma forma mais qualitativa.

5.1. Historial Clínico

O A.R. nasceu no dia 28 de Novembro de 2006, tendo uma gestação de trinta e sete semanas e cinco dias, e um parto de cesariana. O A.R. nasceu com 3425g e 50cm, um perímetro cefálico de 36,5cm e um índice de Apgar de 9 e 10. A criança sentou-se sem apoio com seis meses, iniciou a marcha independente com cerca de quinze meses e começou o controlo dos esfíncteres aos quarenta e quatro meses.

O A.R. vive com os pais e tem uma meia-irmã de dez anos. Esteve em casa com a mãe até aos três anos, altura em que entrou para o infantário.

5.2. Avaliação Inicial

Pelas preocupações transmitidas pela escola, as quais não se teve acesso, o A.R. foi avaliado no Hospital da Luz, onde aconselharam Terapia da Fala. Desta avaliação, concluiu-se que o A.R. apresenta uma Perturbação do Desenvolvimento, sendo que a Escala de Desenvolvimento Griffiths apresentou um “perfil heterogéneo com o valor do quociente abaixo do que seria esperado para as crianças da sua idade”. As escalas mais

baixas foram a Subescala C: Audição e Linguagem e a Subescala D: Coordenação Olho-Mão.

Em Junho de 2010, para despiste de PEA, foi realizada uma avaliação no CADIn, tendo sido utilizados como instrumentos o Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R, de LeCouteur, Lord & Rutter, 2003), o Módulo 1 do Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS, de Lord *et. al*, 1989) e o Questionário Informações da Educadora (Avaliação Informal CADIn).

Desta avaliação, conclui-se que o A.R. apresenta um quadro clínico compatível com uma PEA, apresentando lacunas ao nível da Comunicação e da Interação Social, alguns comportamentos atípicos (exploração repetitiva do espaço e objetos) e períodos de concentração curtos, que vão de encontro aos resultados obtidos pelo ADOS.

Os resultados do ADI-R não são clinicamente significativos para uma PEA em nenhuma das 3 áreas avaliadas – Interação Social, Comunicação e Comportamentos Repetitivos e Padrões Estereotipados. Contudo, os pais referem a existência de algumas características preocupantes nessas áreas e que estão geralmente associadas a quadros de PEA.

Estes resultados foram de encontro às informações dadas pela educadora do A.R., que referiu que ele era uma criança com tempo de atenção curto, alheada, que se isolava dos outros, fazia uma exploração repetida dos materiais, não brincava ao faz de conta e que nunca se exprimiu verbalmente nem estabelecia contacto visual.

Apesar das dificuldades, o A.R. revelou competências bastantes positivas: não utilizou o corpo do adulto como instrumento, apontou, teve uma boa resposta à atenção conjunta e à recetividade a algumas propostas, teve algumas expressões faciais dirigidas ao adulto e mostrou objetos ao adulto.

Em Janeiro de 2011, foi elaborado um plano de intervenção, onde se destacam os seguintes objetivos:

Cognição:

- Objetivo Geral: Aumentar o tempo de atenção e de concentração; Estimular a memória auditiva e visual
- Objetivo Específico: Aumentar o tempo de atenção e de concentração e estimular a memória auditiva e visual; Aumentar o reconhecimento de noções corporais
- Objetivo Comportamental: Aumentar o tempo de realização das tarefas; Seguir uma lista de atividades; Desenvolver a memória visual a curto prazo; Identificação dos cinco sentidos; Identificação das várias partes corporais (mais de dez elementos)

Linguagem:

- Objetivo Geral: Melhorar a linguagem compreensiva e expressiva
- Objetivo Específico: Aumentar o vocabulário que compreende; Aumentar o vocabulário que utiliza com significado com ou sem recurso ao gesto
- Objetivo Comportamental: Seguir instruções complexas, com três ou quatro ações; Aumentar o seu vocabulário; Imitar gestos simples realizados pelo adulto; Imitar sons de animais a pedido; Aumentar o seu reportório de sons e/ou aproximação de palavras; Aumentar a capacidade de fazer pedidos simples, com ou sem recurso ao gesto

Motricidade Fina:

- Objetivo Geral: Desenvolver as capacidades da motricidade fina; Aperfeiçoamento da pinça e grafismos
- Objetivo Específico: Melhorar as capacidades manipulativas e as capacidades de coordenação olho-mão; Melhorar os grafismos;
- Objetivo Comportamental: Desabotoar botões grandes; Abrir e fechar fechos de modo independente; Abotoar botões grandes; Cortar uma tira de papel; Realizar puzzles e atividades de encaixe de peças grandes; Modelar figuras, letras e números em plasticina; Reprodução de círculos de nível III; Realização da figura humana pormenorizada; Aperfeiçoar o desenho livre; Passar por cima do ponteador; Cópia de figuras e esquemas simples com 5 elementos

Competências Pré-Académicas:

- Objetivo Geral: Desenvolver as competências pré-académicas
- Objetivo Específico: Aquisição de conceitos gerais; Aquisição de conceitos académicos
- Objetivo Comportamental: Responder corretamente às ordens “entre, sob, sobre, ...”; Identificação dos conceitos: maior/menor, leve/pesado, rápido/lento, ...; Interiorização de conceitos abstratos: 1ª, 2ª, 3ª e último/centro, meio e fila; Identificação de figuras geométricas; Identificar a ordem sequencial dos números até dez; Identificar os números até dez; Associar o número à quantidade até dez; Contar vinte elementos; Escrever o nome próprio sem apoio; Ler as palavras em estudo com recurso à imagem (Método Global)

Comportamento e Interação Social:

- Objetivo Geral: Promover a aquisição de competências sociais; Promover a interação com os seus pares; Melhorar a gestão de comportamentos
- Objetivo Específico: Desenvolver a interação com pares; Eliminação de comportamentos inadequados e aquisição de competências sociais
- Objetivo Comportamental: Brincar sozinho e acompanhado de forma ajustada e por períodos mais longos; Participar em atividades de grupo; Conhecimento das condutas sociais de brincadeiras em grupo; Reconhecer emoções e reagir ajustadamente; Reconhecer situações sociais e reagir ajustadamente; Seguimento das regras da sala de aula; aumentar a resistência à frustração e ao erro; Persistir na realização da tarefa até esta estar corretamente realizada; Pedir ajuda quando sente dificuldade; Ajudar quando lhe é solicitado; Aumentar a expressão corporal através de gestos

5.3. Dados Atuais

Atualmente, o A.R. tem uma sessão semanal de Educação Especial e Reabilitação.

O A.R. é uma criança bastante ativa que se desloca de forma autónoma no percurso para a sala onde decorrem as sessões de intervenção. Contudo, por vezes pede para a mãe o levar ao colo até à porta da sala. Quase sempre traz consigo um brinquedo na mão (e.g. carro, bola), mas assim que chega à sala, o A.R. sabe que o tem que colocar na estante ao lado da mesa de trabalho, e fá-lo de uma forma autónoma.

O A.R. é uma criança que verbaliza pouco, contudo, já tinha evoluído em termos de vocalizações. Ele coopera nas atividades. Durante a sessão, o A.R. faz muitas

vocalizações, sendo considerada uma exploração sensorial, visto ter começado há pouco tempo a fazer vocalizações.

Apresenta um bom potencial de aprendizagem, sendo capaz, de entre outras capacidades, contar até dez e de reconhecer algumas palavras, tal como identificar e tentar nomear vários objetos, emparelhar imagens. É uma criança cooperativa e organizada dentro do método TEACCH.

5.4. Planeamento de Intervenção

Com a sugestão de dar continuação ao plano de intervenção do A.R. e com base no mesmo e na observação das sessões, destacam-se os seguintes objetivos:

Domínio	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Comportamental
Motricidade Fina	Desenvolver a motricidade fina	Melhorar a pinça fina e a pega; Desenhar a figura humana.	O A.R. deve pegar na caneta/lápis com o indicador e o polegar; O A.R. deve conseguir fazer o desenho da figura humana com mais de 10 elementos (cara, tronco, olhos, nariz, boca, orelhas, cabelo, braços, pernas, pés, dedos).
Cognição	Desenvolver conceitos básicos;	Aumentar a noção de número;	O A.R. deve identificar os números até 15;
		Aumentar a noção de sequência numérica;	O A.R. deve identificar a ordem sequencial dos números até 15;
Competências Pré-Acadêmicas	Desenvolver conceitos matemáticos; Melhorar a percepção visual.	Escrever os números;	O A.R. deve associar o número à quantidade até 15;
		Desenvolver a noção de opostos;	O A.R. deve ser capaz de identificar os conceitos de igual/diferente, grande/pequeno, aberto/fechado, à frente/atrás, em cima/em baixo, dentro/fora, acordado/ a dormir;
		Melhorar a capacidade de perceber detalhes;	O A.R. deve emparelhar os cartões / ligar imagens com as imagens de opostos;
		Escrever letras;	O A.R. deve ser capaz de escrever as vogais, com letra de imprensa e perceptível, sem ajuda física.
		Escrever o nome e apelido;	O A.R. deve ser capaz de escrever 10 consoantes, com letra de imprensa e perceptível, sem ajuda física.
		Associar a palavra à imagem;	
		Ler palavras e frases.	

			<p>O A.R. deve ser capaz de escrever o seu nome e apelido, com letra de imprensa e perceptível, sem modelo e sem ajuda física, em espaço delimitado;</p> <p>O A.R. deve ser capaz de associar as palavras em estudo à imagem;</p> <p>O A.R. deve ser capaz de ler as palavras em estudo com recurso à imagem (Método Global);</p> <p>O A.R. deve ser capaz de ler frases com palavras em estudo com recurso à imagem.</p>
Comunicação e Linguagem	Desenvolver a comunicação; Expandir a linguagem expressiva e compreensiva.	<p>Imitar sons;</p> <p>Aumentar o repertório de sons e palavras;</p> <p>Aumentar o vocabulário que compreende.</p>	<p>O A.R. deve ser capaz de imitar sons a pedido;</p> <p>O A.R. deve ser capaz de produzir as palavras ou aproximação das palavras trabalhadas durante as sessões.</p>
Competências Sociais e Comportamento	Promover as respostas sociais	<p>Melhorar a capacidade de cumprimentar e de se despedir;</p> <p>Melhorar a cooperação;</p> <p>Melhorar a capacidade de alternância de vez.</p>	<p>O A.R. deve dizer “Olá”;</p> <p>O A.R. deve dizer “Adeus” ou fazer o gesto;</p> <p>O A.R. deve chamar a técnica quando termina a atividade na área do “Trabalhar Sozinho”;</p> <p>O A.R. deve esperar pela sua vez, esperando que a técnica termine a sua vez e passe a ele.</p>

Tabela 4. Planeamento da Intervenção

5.5. Intervenção

Em relação ao A.R., a intervenção teve as características apresentadas no ponto 2.2. Áreas de Intervenção deste capítulo. A sessão era estruturada em dois ou três momentos: (1) trabalhar em conjunto, (2) trabalhar sozinho e (3) brincar. Nem sempre estavam presentes estes momentos, havia sessões em que apenas se fazia o trabalho em conjunto, pois a realização das atividades propostas exigia mais tempo do que o planeado, e outras sessões em que se realizava o trabalhar em conjunto e o trabalhar sozinho ou o brincar. No início da sessão, o A.R. tem que cumprimentar a técnica e ir ao horário tirar o cartão do trabalhar em conjunto, e coloca-lo na sua cadeira.

O trabalho em conjunto é de 1:1, realizado numa mesa. Do lado esquerdo da criança encontra-se uma estante onde estão cinco caixas que contêm as atividades a serem desenvolvidas na sessão e uma sequência de cartões com as cores das caixas. A técnica retira um cartão de cada vez e coloca-o na respetiva caixa. De seguida realizam-se as tarefas que se encontram nessa caixa e passa-se à caixa seguinte, e assim sucessivamente. Neste espaço, o objetivo prende-se com que a criança consolide os conhecimentos que tem e faça novas aprendizagens.

Após a realização do trabalho em conjunto, o A.R. irá trocar o seu cartão pelo trabalhar sozinho ou pelo brincar. Na área de trabalhar sozinho, são propostos exercícios que já foram anteriormente trabalhados na área do trabalho em conjunto, os quais a criança já domina. Pretende-se que aqui a criança consiga realizar uma tarefa que ela já conhece de forma autónoma e que seja capaz de chamar o outro e mostrar o seu trabalho, promovendo também competências sociais. O momento do brincar está relacionado com ir ao computador ou realizar um jogo no tapete, onde se trabalha sobretudo a alternância de vez e o respeitar o outro.

No fim da sessão, o A.R. tem que ir colocar o cartão do brincar no horário e despedir-se da técnica.

Em relação às atividades realizadas ao longo das sessões, a frequência não foi igual para todos os objetivos comportamentais estabelecidos para o A.R. De seguida encontra-se uma tabela que resume quantas sessões foram destinadas para cada objetivo.

Objetivo	Número de sessões
Melhorar a Pinça Fina no trabalhar em conjunto	14
Melhorar a Pinça Fina no trabalhar sozinho	1
Desenhar a Figura Humana	6
Associação de Número-Quantidade de 1 a 9	6
Associação de Número-Quantidade de 10 a 15	1
Escrita dos Números de 1 a 9	12
Escrita dos Números de 10 a 15	1
Identificação de Conceitos de Opostos	12

Completar Sequência de Cores	6
Sequencializar Acontecimentos	4
Categorizar Objetos	3
Escrita das Letras	6
Escrita do Nome e Apelido	6
Associação de Imagem-Palavra	11
Leitura de Palavras	5
Leitura de Frases	2
Verbalização	14
Dizer “Olá” e “Adeus”	14
Chamar a técnica quando termina o trabalho	4
Esperar a sua vez	5

Tabela 5. Sessões e Objetivos trabalhados

A intervenção com o A.R. só teve início em Janeiro do presente ano. Comecei por ficar responsável por planejar uma ou duas atividades, sendo as restantes planeadas pela técnica responsável. Aos poucos e mediante a reação e adaptação do A.R., a sessão semanal foi ficando a meu cargo.

Deste o início do estágio até Janeiro era realizada a observação e o registo das sessões do A.R., sendo observadas 8 sessões. Neste período o objetivo era conhecer a criança, começar a criar uma relação com esta e perceber o tipo de trabalho que se realizava.

No total, foram realizadas catorze sessões das dezanove previstas, devido a datas comemorativas, ausências da técnica responsável e motivos de saúde da estagiária. Em baixo, encontra-se um exemplo de planeamento da sessão e o seu relatório. Os restantes planeamentos e relatórios das sessões encontram-se em anexo (em suporte digital, na pasta 2. Estudo de Caso).

5.5.1. Exemplo de Planeamento da Sessão

DATA: 17 de Abril de 2012

DADOS DA CRIANÇA:

Nome: A.R. Idade: 4 anos Género: Masculino

ATIVIDADE	DOMÍNIO	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	MATERIAIS
Números e Quantidade	Competências Académicas Cognição Linguagem Motricidade Fina	É pedido à criança que conte os objetos de um conjunto e ligue ao número correspondente. De seguida, é pedido que ela passe por cima do tracejado dos números. Depois, é solicitado à criança que escreva os números.	Contar os objetos de cada conjunto, apontando enquanto verbaliza, sem ajuda da técnica. Associar cada conjunto ao número correspondente, apontando e ligando com a caneta, sem ajuda da técnica e segurando o lápis com o polegar e o indicador. Passar por cima do tracejado, seguindo os pontos para escrever os números de 1 a 9, sem ajuda da técnica e segurando o lápis com o polegar e o indicador. Escrever os números de 1 a 9, sem apoio do tracejado, tendo apenas o modelo visual, segurando o lápis com o polegar e o indicador.	Instrução verbal Demonstração Ajuda física, se necessário Feedback	Fichas Lápis
Imagens e Palavras	Competências Académicas Cognição	Cada ficha contém 2 palavras, uma referente a um objeto e a outra a um familiar, e 3 imagens. É solicitado à criança que	Identificar a imagem correspondente, apontando sem ajuda da técnica. Nomear as imagens corretamente,	Instrução verbal Demonstração	Fichas Caneta de filtro

	Linguagem Motricidade Fina	identifique a imagem correspondente a cada uma das palavras, nomeando-as. Depois, é pedido que ligue a imagem à palavra.	com ajuda da técnica, repetindo após verbalização da técnica. Associar a imagem à palavra, ligando com a caneta, sem ajuda da técnica e segurando a caneta com o polegar e indicador.	Pista visual Feedback	
Vogais	Competências Académicas Cognição Linguagem Motricidade Fina	É solicitado à criança que nomeie a letra e a imagem relacionada com a letra. É pedido que passe por cima do tracejado e tente escrever a letra sozinha.	Identificar as vogais, nomeando-as, sem ajuda da técnica. Identificar as imagens, nomeando-as com ajuda verbal da técnica, repetindo. Escrever as letras, passando por cima do tracejado, sem ajuda física da técnica, segurando no lápis com o polegar e o indicador.	Instrução verbal Demonstração Pistas verbais Feedback	Fichas Lápis
As Imagens das Vogais	Competências Académicas Cognição Linguagem Motricidade Fina	É solicitado à criança que nomeie as imagens. Depois é pedido que ligue as imagens à vogal correspondente.	Identificar as imagens, nomeando-as com ajuda verbal da técnica, repetindo. Ligar as imagens à respetiva vogal, após demonstração, segurando a caneta com o polegar e o indicador.	Instrução verbal Demonstração Pistas verbais e visuais Feedback	Fichas Caneta
O Intruso	Cognição Motricidade Fina	É solicitado a criança que nomeie as 4 imagens presentes num conjunto. De seguida, pergunta-se “Qual o diferente?” ou “Qual está mal?”	Nomear as imagens dos 9 conjuntos, com ajuda da técnica, repetindo após verbalização da técnica. Identificar qual a imagem diferente	Instrução verbal Demonstração Pista visual e	Fichas Caneta

		para que ela identifique a imagem diferente.	em cada um dos 9 conjuntos, apontando, sem ajuda da técnica, tendo 2 tentativas em cada conjunto e podendo errar em 4 conjuntos.	verbal Feedback	
Histórias	Cognição Linguagem	<p>São dispostas à frente da criança 4 imagens pertencentes a uma história.</p> <p>É pedido à criança que identifique o que acontece em cada imagem.</p> <p>Depois, é-lhe solicitado que coloque as imagens pela ordem correta.</p>	<p>Identificar o que acontece em cada uma das 4 imagens, com ajuda da técnica.</p> <p>Colocar as imagens pela ordem correta, com ajuda da técnica, tendo a criança que colocar 2 cartões corretamente.</p>	<p>Instrução verbal</p> <p>Demonstração</p> <p>Ajuda verbal</p> <p>Pistas visuais</p> <p>Feedback</p>	Cartões

Tabela 6. Exemplo de Planeamento da Sessão

5.5.2. Exemplo de Relatório da Sessão

DATA: 17 de Abril de 2012

DADOS DA CRIANÇA:

Nome: A.R. Idade: 4 anos Género: Masculino

Esquema da sessão:

- Trabalhar em conjunto
- Brincar

Trabalhar em conjunto:

- Ligação quantidade em dedos-número e Escrever os números – fez bem a contagem dos objetos sozinho e a ligação ao número correspondente, escrevendo os números bem, passando por cima dos pontos e escreve sozinho apenas com modelo.
- Identificar o diferente numa sequência ou de cores ou objetos iguais – não percebe a negativa ‘Qual não é igual?’, tentou-se novamente a pergunta “Qual está mal?” e ele não foi consistente na resposta, errando na maioria dos conjuntos.
- Ligação da palavra à imagem de um objeto ou familiar – faz bem a ligação das palavras correspondentes à mãe, ao pai e ao A.R.; as palavras referentes aos objetos só vez bem após demonstração, ou seja, da segunda vez que a palavra apareceu.
- Escrever as vogais – identificou corretamente as vogais; conseguiu escrevê-las passando por cima do tracejado; sem apoio do tracejado precisou de alguma ajuda física.
- Ligação da imagem com a palavra à vogal – após demonstração, conseguiu realizar a atividade, necessitando de algumas pistas visuais.
- Sequências de acontecimentos (com 4 imagens) – realizou a atividade com bastante ajuda, sendo colocada a primeira imagem logo e pedindo-lhe que colocasse as outras 3 por ordem; das 3 histórias apresentadas a da construção do boneco de neve fez sozinho, as restantes precisou de ajuda.

Brincar:

- Jogo “Loto dos Objetos” – tinha tendência para ser ele sempre a tirar o cartão, mas chamando-o a atenção conseguiu esperar pela sua vez e respeitar o outro. Tentava dizer a imagem que estava em cada cartão e quando não sabia, mostrava o cartão a técnica como que a pedir para ela dizer, e ele depois tentava repetir.

O A.R. disse “Olá” e “Adeus”, acompanhado do gesto, em resposta à técnica.

5.6. Avaliação Final

Em relação à avaliação final do A.R., esta não foi feita com a aplicação de nenhum instrumento como a avaliação inicial, devido ao estágio ter terminado antes de ser realizada a reavaliação da criança, que será apenas no final do ano letivo, em Julho do presente ano. Assim, para se poder avaliar o processo de intervenção e ver o impacto desta no desenvolvimento da criança, foi elaborada uma checklist que se preenchia no final de cada sessão com o que a criança tinha ou não conseguido realizar nas tarefas que lhe foram propostas.

Esta checklist, que se encontra em anexo (em suporte digital, na pasta 2.Estudo de Caso), foi feita em forma de tabela e tem por base os objetivos comportamentais propostos no plano de intervenção (descrito no ponto 5.4.Planeamento da Intervenção deste capítulo).

Em seguida encontram-se as cheklisls preenchidas.

Data da Sessão	24.01	31.01	07.02	14.02	28.02	06.03	13.03	27.03	10.04	17.04	24.04	08.05	15.05	29.05
Motricidade Fina														
Pinça Fina (Trabalhar em Conjunto)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pinça Fina (Trabalhar Sozinho)													x	
Figura Humana														
+ 10 elementos, de forma autónoma		+/-		+/-		+/-		✓			✓		✓	
Associação Número-Quantidade														
de 1 a 9	✓	✓			✓		✓			✓				✓
de 10 a 15														✓
Escrita dos Números (de forma autónoma e perceptível)														
de 1 a 9, com tracejado			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
de 1 a 9, com modelo			+/- (3)	+/- (3)	+/- (7)	✓ (8)	✓ (8)	✓	✓	✓				✓
de 1 a 9, sem modelo											+/-	+/-	+/-	
de 10 a 15, com tracejado														✓
de 10 a 15, com modelo														✓
Identificação de Conceitos Opostos (igual/diferente, grande/pequeno, aberto/fechado, à frente/atrás, em cima/em baixo, dentro/fora, acordado/ a dormir)														
1 conceito	✓	x	x		X	+/-	+/-	+/-	✓	x	x	✓		x

Data da Sessão	24.01	31.01	07.02	14.02	28.02	06.03	13.03	27.03	10.04	17.04	24.04	08.05	15.05	29.05
2 conceitos	x		x		X		+/-	+/-	✓		x	✓ (3)		x
4 conceitos			x		X		x		+/-			+/-		
6 conceitos			x		X		x		x			x		
Sequências														
Cores (com 5 elementos)				x	X	X	+/-		✓				✓	
Acontecimentos (3/4 imagens)								X		+/- (1)		+/-	x	
Categoriais														
2 categorias	✓ (3)			✓					✓					
4 categorias				✓(5)										
+ de 5 categoriais														
Escrita de Letras (de forma autónoma, perceptível)														
Vogais, com tracejado						✓				✓	✓	✓	✓	
Vogais, com modelo										+/-	+/-	✓		✓
3 consoantes, com tracejado													✓	✓
3 consoantes, com modelo													✓ (4)	✓
6 consoantes, com tracejado													✓	✓
6 consoantes, com modelo													x	+/-

Data da Sessão	24.01	31.01	07.02	14.02	28.02	06.03	13.03	27.03	10.04	17.04	24.04	08.05	15.05	29.05
Escrita do Nome (de forma autónoma, perceptível)														
Sem modelo		✓							✓		✓	✓	✓	✓
Sem modelo, em espaço delimitado		x							x		+/-	+/-	+/-	+/-
Escrita do Apelido														
Com ajuda física (em algumas letras)		✓							✓					
De forma autónoma, perceptível, com modelo		+/-							+/-		✓			
De forma autónoma, perceptível, sem modelo											+/-	✓	✓	✓
De forma autónoma, perceptível, sem modelo, em espaço delimitado												+/-	+/-	+/-
Associação de Imagens às Palavras														
3 associações	+/-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓
5 associações	+/-	✓ (6)	x	✓ (6)	X	✓ (6)	✓ (6)	✓ (6)	✓ (6)				✓	✓
7 associações								+/-						+/-
Leitura de Palavras com recurso à Imagem														
3 palavras		+/-								✓	✓	✓		✓

Data da Sessão	24.01	31.01	07.02	14.02	28.02	06.03	13.03	27.03	10.04	17.04	24.04	08.05	15.05	29.05
5 palavras										x	+/-	+/-		✓
7 palavras														+/-
Leitura de Frases														
Com palavras													x	
Com palavras e imagens														+/-
Verbalização														
Repetição de palavras	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Produção de palavras	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Socialização e Comportamentos														
Diz “Olá” no início da sessão, com gesto	x	x	+/-	+/-	+/-	+/-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diz “Adeus” no início da sessão, com gesto	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chamar a técnica quando termina o trabalho (Trabalho Sozinho)	x	x		x									x	
Esperar pela sua vez nos jogos						+/-				+/-	+/-	+/-		+/-

Tabela 7. Tabela de Avaliação – Checklist

5.6.1. Resultados do Processo de Intervenção

Após estes meses de acompanhamento, verificaram-se alterações em diversas áreas do desenvolvimento do A.R..

Segue-se a análise qualitativa do processo de avaliação, feita com base na checklist apresentada anteriormente (Tabela 6. Tabela de Avaliação – Checklist) e nos relatórios das sessões, que se encontram em anexo (em suporte digital, na pasta 2.Estudo de Caso).

A nível da motricidade fina, o A.R. foi melhorando na pega do lápis, não sendo por fim necessário chamá-lo a atenção para o fazer de forma correta. Contudo, aquando na área do trabalhar sozinho, este realizava uma pega imatura.

No desenho da figura humana, o A.R. também melhorou, fazendo-o de uma forma mais autónoma e desenhando mais partes do corpo, como as orelhas e os dedos das mãos, colocando a quantidade correta de dedos, o que não o fazia no início da intervenção. Ao desenhar as partes do corpo, ele verbaliza-as e aponta nele próprio.

Relativamente a área da cognição e das competências pré-académicas houve melhorias a vários níveis. A associação de número-quantidade de um a nove encontra-se consolidada, sendo o A.R. capaz de contar os objetos de forma autónoma e identificando o número correspondente. A nível da sequência numérica de um a nove, ele consegue completá-la sendo-lhe dado o primeiro número (um) e o último (nove), e com a técnica a guiar a atividade.

Na escrita dos números notou-se uma grande evolução. Ao longo do tempo de intervenção, o A.R. foi melhorando, sendo neste momento capaz de escrever os números de um a nove de forma perceptível a lápis, tendo o modelo. Também vai começando a escrever alguns dos números não tendo o modelo, mas não é ainda de forma consistente, sendo uma área que deve continuar a ser trabalhada.

Em relação aos números superiores a nove, o objetivo não foi ainda alcançado, tendo-se apenas começado na última sessão a trabalhar nessa área. O A.R. consegue contar os objetos até doze, precisando depois de ajuda, e escreve o número correspondente tendo o modelo.

A noção de opostos também foi uma área trabalhada ao longo das sessões. Contudo, não se conseguiu atingir o sucesso desejado. Tinha-se como objetivo que o A.R. adquirisse os conceitos de igual/diferente, grande/pequeno, aberto/fechado, à frente/atrás, em cima/em baixo, dentro/fora, acordado/ a dormir. Dentro destas noções, ele mostrou consistência na compreensão dos conceitos de acordado e a dormir. Em relação aos conceitos de grande e pequeno, o A.R. mostrou ter alguma compreensão, contudo não era muito consistente.

Notando-se a dificuldade da criança nesta área, passou-se apenas a trabalhar mais os conceitos de em cima/em baixo, dentro/fora, além dos conceitos de grande e pequeno. Utilizou-se também diferentes estratégias para promover esta competência. Primeiramente utilizou-se um loto com imagens de diferentes noções de opostos, mas o A.R. realiza-se este tipo de atividade por tentativa-erro. Depois, experimentou-se o emparelhamento de imagens diferentes dos mesmos conceitos. Nesta atividade o A.R. obteve algum sucesso. Contudo, esta atividade mostrava que ele era capaz de discriminar as imagens e ligar as semelhantes, mas não dava o feedback de ele compreender tais conceitos.

Por fim, planeou-se outro tipo de atividade mais prática e motora. Tal atividade realizava-se fora do contexto da mesa e pretendia-se que a criança colocasse a bola em cima ou em baixo da mesa e dentro ou fora de um saco. Primeiro a instrução era dada

verbalmente acompanhado de suporte visual e depois só verbalmente. Este tipo de atividade não se mostrou muito vantajosa para o A.R., uma vez que ele se desorganizou assim que saiu do trabalho na mesa, pensando que era para brincar com a bola. Perante este obstáculo, alterou-se a atividade, sendo esta feita na mesa e a criança teria de colocar uma peça de lego em cima, ou em baixo, ou dentro, ou fora de uma caixa. Perante esta atividade, o A.R. conseguiu efetuar-la com algum sucesso quando a instrução era acompanhada do suporte visual, mas quando se retirava este suporte, ele não conseguia realizá-la, brincando com a peça.

A nível da compreensão de padrões, o A.R. foi evoluindo. Atualmente é capaz de realizar uma atividade de completar um padrão de cores de forma autónoma, sendo apenas dada a instrução verbal do que é pretendido.

Em relação às sequências temporais, o A.R. continua com dificuldades em organizar as imagens de uma história, não compreendendo o objetivo nem discriminando as imagens. Neste tipo de atividade, as imagens são descritas pela técnica e é-lhe colocada a primeira imagem da história para que depois ele coloque as outras. Contudo ele fá-lo por tentativa-erro ou por memorização.

Na categorização de objetos, a criança obteve sucesso ao longo da intervenção, conseguindo fazer este tipo de atividade de forma autónoma e sendo de momento capaz de identificar as categorias da roupa, comida, transportes e animais.

Relativamente à escrita de letras, o A.R. consegue escrever em letras de imprensa as vogais de forma perceptível e autónoma, tendo igualmente alguma consistência na sua nomeação. Ele também já é capaz de escrever grande parte das consoantes de forma perceptível, precisando de mais ajuda para algumas, como o S e o B.

Na escrita do nome e do apelido, o A.R. mostrou grandes melhorias. No início, para a realização desta tarefa, ele precisava de apoio físico para a escrita do apelido e mais tarde dos modelos das letras S, R e P. Atualmente, apenas necessita do modelo da letra S, sendo capaz de escrever o nome e o apelido de forma autónoma, com letra perceptível e começando a conseguir fazê-lo em espaço delimitado.

Ao longo da intervenção, a criança foi mostrando mais consistência na associação de imagens a palavras, que já tinham sido anteriormente trabalhadas (i.e. pai, mãe, ele próprio, bola, sopa), conseguindo-se introduzir uma nova imagem (água). Dado esta competência estar adquirida, relativamente a estas palavras, passou-se a trabalhar a leitura destas mesma com recurso à imagem. Para tal eram apresentadas duas palavras e três imagens, pedindo-se à criança que identificasse qual a imagem de cada palavra e que verbalizasse. O A.R. foi tendo sucesso nesta atividade e passou-se para a leitura de frases. Esta competência mostrou-se um pouco difícil para o A.R., sendo que este a realiza ainda com bastantes suportes visuais. Esta torna-se uma área importante para o desenvolvimento da criança e que é preciso continuar a trabalhar.

A nível da comunicação e da linguagem, notou-se uma grande evolução. O A.R. verbaliza muito mais palavras do que no início da intervenção. Ele também se mostra muito mais interessado e tenta verbalizar tudo, ficando à espera que a técnica diga, quando não sabe e repetindo sempre as palavras depois.

Em termos da socialização no início e fim da sessão, a criança mostra muito mais a iniciativa de cumprimentar o outro de uma forma autónoma, sem ser apenas em resposta ao outro. Nas últimas sessões, ele entrava na sala e dava um beijinho e dizia “Olá”. Na capacidade de se despedir, esta ainda é feita apenas em resposta ao outro e com ajuda de pistas verbais, sendo-lhe dito para se despedir e olhar para o outro.

O seu comportamento quando joga com o outro também melhorou. Neste momento, o A.R. espera a sua vez com um comportamento mais adequado, deixando o outro jogar sem impor a sua vez de jogar.

Por fim, em relação ao chamar o outro para mostrar o que fez, o A.R. ainda não o faz de uma forma consistente, arrumando os materiais da atividade quando a termina. É necessário chamá-lo a atenção e perguntar-lhe se já fez o trabalho, para ele perceber que tem que o mostrar.

Alguns dos objetivos que foram estabelecidos no plano de intervenção do A.R. não foram trabalhados muitas vezes, como a noção de número de dez a quinze, a leitura de frases e o chamar a técnica quando termina o trabalho na área de trabalhar sozinho. Tal aconteceu devido ao próprio tempo de intervenção, a dar-se ênfase a outros objetivos e ao momento em que certas competências foram adquiridas.

Será importante continuar a trabalhar estes objetivos e também a noção de opostos, uma vez que mostra ser uma área onde o A.R. tem mais dificuldades.

6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Ao longo do estágio, foram várias as atividades que complementaram esta formação. De cada uma dessas atividades aprendeu-se algo novo, contribuindo para um grande crescimento em termos profissionais.

Em anexo (em suporte digital, na pasta 4. Atividades Complementares) apresenta-se a tabela completa, com todas as atividades complementares em que se participou ao longo do estágio.

6.1. Reuniões de Estágio

Ao longo do ano letivo, existiram várias reuniões entre as estagiárias e as coordenadoras da faculdade e local, sendo normalmente realizadas quinzenalmente.

As reuniões realizadas com a orientadora do estágio, na Faculdade de Motricidade Humana, tinham como principal objetivo dar oportunidade para as estagiárias partilharem o tipo de trabalho que se desenvolvia na instituição onde estavam, esclarecerem as suas dúvidas em termos da intervenção e da elaboração do relatório e adquirir novos conhecimentos e perspetivas sobre a intervenção psicomotora.

Nas reuniões realizadas com a coordenado local do CADIn, fazia-se um ponto de situação de como o estágio estava a correr, dando-se oportunidade para falar de um modo mais específico do trabalho que se desenvolvia no núcleo onde estavam inseridas, partilhava-se conhecimentos, esclareciam-se dúvidas e eram propostos desafios.

Estas reuniões mostraram-se bastante úteis e fundamentais ao longo do estágio, possibilitando um mais à-vontade e uma maior confiança em termos da realização prática.

6.2. Atividades no CADIn

Na instituição foram diversas as atividades em que se participou. Mesmo antes do horário de estágio estar definido, observou-se uma consulta de neuropediatria, participou-se nas reuniões de equipa que existem bissemanalmente e em workshops, e ajudou-se na elaboração de alguns eventos da instituição.

Nas reuniões de equipa eram abordados temas diversos, uns ligados às diferentes áreas clínicas e outros ligados a ramos diferentes, permitindo um ganho acrescido de conhecimento. Nestas reuniões também se expunham estudos de casos e projetos.

Segue-se uma tabela com os temas apresentados nas várias reuniões.

Data	Reuniões de Equipa
28 Outubro 2011	Reunião de Equipa do CADIn Tema: “Exame Neurológico”, por uma Neuropediatra
04 Novembro 2011	Reunião de Equipa do CADIn Tema: “Possibilidades para um Acolhimento Terapêutico”, por um Psicólogo Clínico
08 Novembro 2011	Reunião de Equipa do CADIn Tema: Feedback do Congresso, por um Neuropediatra
11 Novembro 2011	Reunião Equipa do CADIn Tema: “O Perfil de Auto-conceito e Auto-Estima em Crianças e Jovens com PHDA: contributo para a intervenção em PHDA”, por uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação
18 Novembro 2011	Reunião Equipa do CADIn Tema “Dança Criativa”, por uma mãe
29 Novembro 2011	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Gestão de Projectos”
06 Dezembro 2011	Reunião de Equipa do CADIn Tema “PHDA nas Raparigas: do diagnóstico à Intervenção”, por uma Psicóloga Clínica
13 Dezembro 2011	Reunião de Equipa do CADIn Tema “PHDA num Hospital: perspetiva atual”, por uma Psicóloga Clínica
16 Dezembro 2011	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Fenómenos Paroxísticos não Epiléticos”, por uma Neuropediatra
20 Dezembro 2011	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Consulta de Perturbação Obsessiva-Compulsiva”, por uma Psicóloga Clínica
10 Janeiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial: Hiperatividade e Défice de Atenção e Perturbação de Ansiedade”, por uma Psicóloga Clínica
13 Janeiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Estudo de Caso”, por uma Psicóloga Clínica
24 Janeiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Núcleo de Intervenção Sócioprofissional”, por uma Psicóloga Clínica

31 Janeiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Aspetos da Perceção, Compreensão e Produção de Linguagem nos primeiros anos de vida”, por professoras da Universidade de Lisboa, Laboratório de Fonética e Lisbon Babylabs
03 Fevereiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “PHDA: intervir na escola – Estudo de Caso”, por uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação
07 Fevereiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Estudo de Caso”, por uma Psicóloga Clínica
10 Fevereiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Fenómenos Paroxísticos não Epiléticos” (continuação), por uma Neuropediatra
14 Fevereiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Consulta de Adoção e Vinculação”, por um Psicólogo Clínico
17 Fevereiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Polissonografia”, por um médico
28 Fevereiro 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Leiter-R: estudo exploratório”, por uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação
02 Março 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “DSM-V e o Espetro do Autismo”, por um Neuropediatra
09 Março 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “O meu é maior que o teu?: reflexões sobre a conceptualização de processo – estudo de caso”, por um Psicólogo Clínico
13 Março 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Estudo de caso: Terapia da Fala”, por uma Terapeuta da Fala
16 Março 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Núcleo de Apoio e Intervenção Familiar”, por uma Psicóloga Clínica
20 Março 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Taquifémia”, por uma Terapeuta da Fala
23 Março 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Programa Educativo: Apetece-me”, pela Neslé
13 Abril 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Perturbações Psiquiátricas na Primeira Infância – classificação diagnóstica para a primeira infância: DC 0-3 R”, por uma Neuropediatra
17 Abril 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Associação Novamente”
04 Maio 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Viagem a Atlanta – Georgia State University”, por uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação

08 Maio 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Atitudes: uma nova geração de políticas económicas”, por um convidado
15 Maio 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “ A Importância do Controlo Postural na Paralisia Cerebral”, por Fisioterapeutas
18 Maio 2012	Reunião de Equipa do CADIn Tema “Voluntariado: quer, poder e fazer”, por uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação e uma Terapeuta da Fala

Tabela 8. Tabela das Reuniões de Equipa

Relativamente aos workshops em que se participou, estes eram realizados pelos técnicos dos vários núcleos do CADIn. Estes workshops foram interessantes e permitiram consolidar algumas aprendizagens e adquirir novos conhecimentos.

Participou-se nos seguintes workshops:

Data	Workshops
03 Fevereiro 2012	Preparação do workshop “Autismo: Integração Escolar”
04 Fevereiro 2012	Workshop “Autismo: Integração Escolar”
11 Fevereiro 2012	Formação “Comportamentos de Oposição e Desafio: criança e adolescente”
14 Março 2012	Workshop “Intervenção na Disgrafia”

Tabela 9. Tabela dos Workshops

Além destas atividades, participou-se e ajudou-se na elaboração dos eventos realizados pelo CADIn – a Festa de Natal e a Festa do Dia da Criança, estando a cargo das estagiárias tarefas como a divulgação do evento, venda de rifas, preparação do espaço e realizar atividades com as crianças.

6.3. Atividades no NPEADC

As atividades que ocorreram em específico no núcleo onde a estagiária estava inserida tiveram especial importância, pois estavam mais ligadas à área de interesse e permitiram aprofundar conhecimentos.

Mesmo antes de ter um horário fixo de estágio, observou-se sessões de uma técnica de Educação Especial e Reabilitação e também avaliações de despieste de PEA. Em termos de avaliações das crianças, foram realizadas algumas avaliações do desenvolvimento com a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Griffiths, 1996 & 2006), foram também cotados Questionários de Conners (Rodrigues, 2005), os quais

foram passados para formato digital juntamente com os Questionários da Educadoras (CADIn).

Também foi possível, até meio do estágio, observar-se sessões de Psicologia de uma criança com Síndrome de Asperger. Ao longo do estágio teve-se oportunidade de observar sessões de Terapia da Fala de algumas das crianças que se acompanhava em Educação Especial e Reabilitação.

Dentro deste núcleo também existem reuniões entre os técnicos, ocorrendo estas uma vez por semana. Nestas reuniões são tratados assuntos mais inerentes ao funcionamento do núcleo, apresentados casos mais controversos e dúvidas em relação à intervenção.

Numa destas reuniões de núcleo, foi apresentado um artigo que surgiu como resposta à proposta de escolher um artigo que fosse relevante e atual, para expô-lo às técnicas. Um dos temas que andava a ser debatido nestas reuniões era referente às aplicações dos tablets e softwares que ajudassem as crianças com PEA. Como tal, faria mais sentido apresentar um artigo desta área, podendo trazer ideias novas ao núcleo.

O artigo escolhido foi “Multitouch tablet applications and activities to enhance the social skills of children with autism spectrum disorders” (Hourcade, Bullock-Rest, & Hansen, 2012). Este artigo faz referência ao quão é difícil que uma criança diagnóstica com PEA, ao chegar à idade adulta, consiga de facto ser independente. Para promover tal capacidade, tem-se vindo a investigar e a investir mais nas intervenções mediadas pelo uso da tecnologia, como os computadores e os tablets, com softwares que dão à criança uma maior autonomia.

Neste artigo encontram-se explicados quatro tipos de softwares que têm como objetivo promover as capacidades sociais das crianças com PEA, e.g. a colaboração, a partilha de interesses, a alternância de vez, a identificação e expressão de emoções, e também acaba por trabalhar outras áreas como a motricidade fina.

Este artigo também faz uma pequena referência a três dos vinte e seis estudos de casos que acompanharam no estudo que fizeram. Deste modo, pode-se perceber melhor em que contextos os softwares são usados e quais os benefícios que podem advir da sua utilização.

Em anexo (em suporte digital, na pasta 5.Artigo), encontra-se o artigo e também a apresentação que foi feita ao núcleo.

Além deste trabalho, foi também feita a tradução de um guia para pais sobre PEA e construído diverso material para a intervenção com as crianças.

7. PROJETOS

Como resposta ao que as estagiárias poderiam fazer na instituição, surgiu a ideia de realizar dois projetos diferentes.

O primeiro, intitulado “Sábados no CADIn”, tem por objetivo promover a interação social entre as crianças através de atividades lúdicas. O segundo projeto, “Explorar é Fixe!”, pretende dar a conhecer o mundo das profissões aos mais novos.

De seguida está um resumo de ambos os projetos, que se encontram em anexo (em suporte digital, na pasta 6.Projetos).

7.1. Projeto “Sábados no CADIn”



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
Mestrado em Reabilitação Psicomotora



Sábados Temáticos no CADIn



Orientadora: Prof. Dr.ª Ana Rodrigues

Orientadora local: Dr.ª Rosa do Amaral

Estagiárias Curriculares

**Sónia Gaio
Susana Santos**

24 de Março e 21 de Abril de 2012

Introdução

O projeto "Sábados no CADIn" insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, realizado no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn).

Este projeto surge como um desafio proposto às estagiárias de modo a trazerem algo diferente à instituição, envolvendo a população apoiada nos núcleos das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos e no núcleo da Dislexia e Outras Dificuldades de Aprendizagem. O projeto dirigiu-se a estes núcleos em específico, uma vez que representam os núcleos onde as estagiárias estavam inseridas, podendo contar com o apoio dos membros desses núcleos.

Nestes dias, pretende-se criar um ambiente de partilha, cooperação e interação social onde as crianças podem realizar diversas atividades lúdicas em contexto de grupo.

Descrição do Projeto

Pretende-se realizar dois sábados temáticos, com atividades lúdicas direcionadas para crianças com Perturbações do Desenvolvimento do e da Aprendizagem, acompanhadas no CADIn nos núcleos das Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos e da Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem.

Este projeto terá lugar no auditório do CADIn, entre as 9h30 e as 17h00 nos dias 24 de Março e 21 de Abril, do presente ano. As atividades serão divididas em dois tempos, com intervalos entre as 10h30 e as 11h, e as 15h30 e as 16h00. O período de almoço está a cargo dos pais e realiza-se entre as 12h30 e as 14h00.

Os pais e irmãos das crianças poderão fazer parte da iniciativa, estando presentes e acompanhando a criança.

As atividades a desenvolver foram pensadas de acordo com as características da população. Tais atividades baseiam-se em temas como a música, a dança, histórias e trabalhos manuais, entre outros.

Objetivos

Este projeto tem como principais objetivos a promoção da cooperação, entreajuda e interação social entre os participantes, partindo de atividades lúdicas baseadas em diversas formas expressivas. Pretende-se criar um espaço onde a criança se sinta confortável, segura e com confiança para interagir com o outro.

População

Pretende-se formar dois grupos distintos, cada um com um máximo de oito crianças. Um dos grupos será destinado a crianças com idades compreendidas entre os quatro e os sete anos, e o outro grupo destinado a crianças na faixa etária dos oito aos doze anos.

Avaliação do projeto

A avaliação do projeto, no grupo dos quatro aos sete anos será feita mediante a colagem de *smiles* alusivos a sentimentos (feliz, indiferente e triste). No grupo dos oito aos doze anos, a avaliação será feita pelo preenchimento de uma checklist. Estas avaliações realizar-se-ão no final de cada atividade.

Para ambos os grupos, será pedido aos pais que preencham um questionário que tem por objetivo recolher a opinião destes acerca da iniciativa em si isto é, o impacto que teria na vida do quotidiano se tal iniciativa fosse prolongada por todos os sábados, a importâncias deles participarem com os seus filhos num contexto lúdico e a possibilidade de transporem as atividades para o ambiente familiar.

Reflexão

Apesar do grande interesse mostrado pelos pais, de terem levado panfletos e de terem pedido informações na receção, a concretização das inscrições não chegou a ser suficiente para a realização do projeto. Assim, o maior obstáculo à concretização do mesmo foi a incompatibilidade da agenda dos pais.

7.2. Projeto “Explorar é Fixe!”



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
Mestrado em Reabilitação Psicomotora



Orientadora local: Dr.ª Rosa do Amaral

Estagiárias Curriculares

**Marta Martins
Matilde Buisel
Sónia Gaio
Susana Santos**

28 de Abril e 5 de Maio de 2012

Introdução

Este projeto de Orientação Vocacional surgiu como resposta ao desafio proposto pela Dra. Rosa do Amaral, orientadora local dos estágios. A proposta consistia na apresentação de uma reunião de equipa do Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn). Face à liberdade que nos foi dada quanto ao tema da reunião, nasceu a ideia de criar uma atividade lúdica não só para crianças acompanhadas no CADIn, como também para os seus irmãos ou filhos dos funcionários e técnicos da instituição. Esta atividade terá por base a orientação vocacional. O resultado desse projeto será, então, o tema dinamizado na reunião deixada a cargo das estagiárias, contando com a descrição das atividades e dos resultados das mesmas, através de reflexões, acompanhadas de fotografias e imagens do projeto.

Pretende-se, com este projeto, o despoletar ou a evolução da curiosidade acerca do mundo das profissões.

Descrição do Projeto

O projeto consiste na realização de atividades lúdicas relacionadas com a orientação vocacional, que serão concretizadas em dois sábados. As atividades realizar-se-ão no auditório do CADIn, nos dias 28 de Abril e 5 de Maio de 2012, entre as 14h00 e as 16h30. Contarão com intervalos entre as 15h30 e as 16h00.

As crianças que participarão neste projeto poderão trazer irmãos ou amigos, desde que frequentem o primeiro ciclo do ensino básico, para fazer parte desta iniciativa.

As atividades propostas visam a interação da criança com as profissões, através, por exemplo, do jogo lúdico com mímica; a descoberta de novas profissões e a criação de fantasias sobre a sua profissão de eleição ou a partilha da mesma com os pares, se já existir.

Objetivos

Este projeto visa a promoção de processos de exploração vocacional, a fomentação do desenvolvimento pessoal e social e a identificação das características das profissões.

População

A população do projeto será constituída por um máximo de 16 crianças que se encontrem no primeiro ciclo do ensino básico. Poderão ser crianças do CADIn, crianças que lhes estejam relacionadas (como amigos ou irmãos), ou filhos de técnicos ou funcionários da instituição, que frequentem o primeiro ciclo do ensino básico.

Avaliação do projeto

A avaliação do projeto será realizada verbalmente, no final do dia. Depois de realizadas todas as atividades, os participantes sentar-se-ão em cadeiras com a disposição de meia-lua, para facilitar a visualização de todos, e à vez, todos serão questionados acerca das atividades que mais gostaram e que menos gostaram, se se divertiram, e todas as questões que sejam pertinentes, de acordo com o feedback das crianças.

As crianças também serão questionadas, no início e no final do dia, sobre a sua profissão de eleição e o porquê, podendo ser discutidas eventuais mudanças das repostas iniciais e finais das crianças.

Reflexão

A falta de inscrições, possivelmente relacionada com a disponibilidade dos pais para levar as crianças ao CADIn e recolhê-las (ou aguardar o fim das atividades), condicionou a realização deste projeto. Embora não fosse possível levar o projeto avante no primeiro dia previsto (28 de Abril), a inscrição de sete crianças para o segundo dia (5 de Maio) possibilitou avançar com a iniciativa.

Face ao encurtamento do projeto para apenas um dia, teve de ser elaborado um novo planeamento,

De uma forma geral, as atividades decorreram dentro da normalidade. As crianças foram muito participativas e criaram um ambiente de partilha de experiências muito enriquecedor. Mostraram vontade de interagir com os pares logo a partir da primeira atividade, onde podiam ir conversando e eram questionados pelas estagiárias acerca da sua profissão de eleição, enquanto escreviam o nome e desenhavam no crachá. Em todas as ocasiões, transmitiram conhecimentos que possuíam e partilharam várias experiências das suas vidas.

Face à imensa energia que as crianças demonstraram, foi-lhes permitida a ida e a realização da última atividade no parque infantil do CADIn. Para tal, foi elaborado, de improviso, um acordo entre as estagiárias e as crianças, onde estas se comprometeram a ter um comportamento adequado e a não se dispersarem do local de destino.

Quanto à avaliação, foi interessante ver que todos criaram uma ideia da sua profissão preferida, ao invés do que aconteceu no questionamento inicial. Entusiasmados, devolveram a ideia de terem apreciado as atividades que realizaram, o que, para nós, é um indicador do sucesso do nosso projeto.

IV. Conclusão

A expectativa em relação a este estágio era grande na medida em que a população-alvo e as áreas de intervenção convergem com as minhas preferências de trabalhar no futuro. Agora posso dizer, que a expectativa foi superada.

Esta foi uma experiência bastante positiva, quer a um nível pessoal e como também profissional. Foi possível reforçar conhecimentos teóricos já adquiridos ao longo do percurso académico e transpô-los para a prática, como também desenvolver novos conhecimentos práticos.

A observação das avaliações foi algo importante para o meu percurso profissional. Pude ver quais são as verdadeiras preocupações dos pais e quais os motivos para a realização de uma avaliação, assim como observar todas as etapas. Em relação ao relatório da avaliação, vi como este é elaborado e, posteriormente, como é que a informação é transmitida aos pais.

Foi possível realizar algumas avaliações de desenvolvimento a crianças e perceber na prática que nem sempre as coisas acontecem como planeado. Por vezes torna-se mais difícil de realizar a avaliação, sendo necessário o técnico ter a capacidade de se adaptar rapidamente e arranjar novas estratégias para alcançar o seu objetivo. Tal também se verificou ao longo das sessões e foram essas dificuldades e obstáculos que me permitiram crescer e ajudaram-se a desenvolver como profissional.

Pela observação das sessões e pela interação e relação que estabeleci com cada uma das crianças, consegui aperceber-me de aspetos que se tornam essenciais na intervenção, como o ambiente estruturante, o antecipar de tarefas, o contexto mais limitado do trabalho de mesa que permite uma relação mais próxima com a criança, um maior controlo sobre esta e que possibilita mais aprendizagens. E foi com isto que esclareci a minha dúvida do porquê a intervenção não ser um trabalho corporal. Intervir em termos psicomotores não implica por si só um trabalho de contexto de ginásio. É necessário ter em conta as características da criança, as verdadeiras preocupações da família e dos professores e de que modo a criança aprende melhor e consegue ultrapassar as suas dificuldades.

Outro aspeto que observei, e que já fazia parte dos meus conhecimentos, foi o envolvimento de outras pessoas, além do técnico e da criança, na intervenção, como os pais, professores e técnicos de outras áreas que acompanhem a criança. Este é um aspeto essencial, pois é importante que o trabalho realizado nas sessões seja continuado no contexto casa e escola, e também que os diferentes técnicos que acompanham a criança coordenem o seu trabalho individual, contribuindo para uma melhor evolução da criança.

A elaboração de projetos, juntamente com as outras estagiárias e também a possibilidade de conseguir pôr em prática o projeto que elaborámos de orientação vocacional para crianças do 1º ciclo do ensino básico, permitiu ter acesso a uma nova realidade e adquirir capacidades e conhecimentos.

Ao longo do estágio sempre senti apoio por parte das técnicas e que estas me tentaram dar o máximo de oportunidades de aprendizagens possíveis. Tinha sempre em mente fazer o melhor de mim nas propostas de trabalho que me eram feitas pelas técnicas. Contudo, penso que por vezes senti alguma dificuldade em organizar todo o trabalho que tinha. Isto deveu-se principalmente à falta de tempo, quer pelo tempo que o próprio processo de elaboração do relatório consome como devido a outras obrigações pessoais.

As reuniões que existem na instituição, tanto a nível do núcleo como as de equipa do CADIn, e as quais pude assistir, também contribuíram para a minha aprendizagem não só na área da Psicomotricidade como noutras bem diferentes, como por exemplo a Terapia da Fala, Terapia Familiar, Neurologia e Pediatria, e diferentes perturbações.

Numa perspetiva geral, na instituição todos me receberam bem, mostraram-se disponíveis e passaram a contar comigo como sendo parte de toda a equipa, contando comigo para ajudar em eventos, festas e workshops.

Também existiram alguns aspetos menos positivos ao longo do estágio. Em relação a dois desses aspetos, pode-se dizer que foram “transformados”, deixando de ser aspetos menos positivos. Um aspeto que poderia assinalar a este respeito seriam os tempos que existiam entre as sessões que tinha, mas esse tempo foi depois aproveitado para planear atividades e sessões, e para construir material. Outro aspeto menos positivo que existia antes era a falta de espaço (salas) que havia em certos momentos na instituição para se poder trabalhar nos tempos entre sessões, devido ao número de técnicos, mas também este “problema” acabou por ser resolvido, uma vez que estava a ser construída uma sala que todos os técnicos e estagiários poderiam ter acesso para trabalhar.

Existiram mais dois aspetos menos positivos, que foram o facto de eu e a minha colega de estágio não conseguirmos pôr em prática o projeto “Sábados no CADIn” que tínhamos elaborado, devido à falta de inscrições. Um último aspeto a acrescentar foi o facto de nós, as estagiárias tanto das áreas de Reabilitação Psicomotora como de Psicologia, não termos conseguido apresentar uma reunião de equipa, como estava proposto, devido a situações inesperadas que surgiram na instituição. Contudo, essa reunião será apresentada mais tarde, já não fazendo parte do relatório.

Para terminar, esta experiência profissional foi muito gratificante para mim. Saio daqui com muito mais confiança e segurança para realizar o meu trabalho futuro como Psicomotricista.

V. Referências Bibliográficas

- AAIDD. (2012). Definition of Intellectual Disability. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*. Acedido em Março, 29, 2012, em http://www.aaidd.org/content_100.cfm?navID=21.
- AIA, (2012). Sobre as Perturbações do Desenvolvimento. *Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista*. Acedido em Junho, 11, 2012, em http://www.aia.org.pt/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=291&Itemid=209
- Almeida, C.B. (2004). Psicomotricidade aplicada através do programa TEACCH em pessoas com autismo. Monografia, Universidade Candido Mendes, Salvador.
- Aniceto, H., Cordeiro, S., & Freitas, D. (2009). Relatório de Estágio em Perturbações do Espectro do Autismo [Parte I – Dossier Teórico], Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- APA, (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: CLIMEPSI.
- APSA, (2010). Sobre o Síndrome de Asperger. *Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger*. Acedido a Fevereiro, 21, 2012, em <http://www.apsa.org.pt/sa.php>.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Lisboa
- Attwood, T. (2006). *A Síndrome de Asperger: um guia para pais e profissionais*. Lisboa: Verbo.
- Attwood, T. (2008). An Overview of Autism Spectrum Disorders. In K. D. Buron, & P. Wolfberg, (Ed.), *Learners on the Autism Spectrum: preparing highly qualified educators*, (pp. 19-43). Kansas: Autism Asperger Publishing Co.
- Autism Connect. (2012). Methods and Strategies: Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH). *Autism Connect: autism research, education and advocacy*. Acedido em Março, 10, 2012, em <http://www.autismconnectmd.org/education/methods/teach.html>.
- Autism Speak. (2012). Floortime (DIR). *Autism speaks*. Acedido em Março, 10, 2012, em <http://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/floortime-dir>.
- Brandão, M.T., (2007). As disfunções motoras como indicadores precoces das perturbações do espectro do autismo. In J. Barreiros, R. Cordovil, & S. Carvalheiro, (Ed.), *Desenvolvimento Motor da Criança*, (pp. 219-226). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Brandão, T., Martins, R., & Simões, C. (2010). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais - 2.º Ano*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Baron-Cohen (1995). *Mindblindness, an Essay on Autism and Theory of Mind*. London: MIT Press.
- Bosa, C. (2001). As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(2), pp. 281-287.
- CADIn. (n.d.). Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil: especialidades.

- CADIn. (2005). A psicomotricidade no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn. *A psicomotricidade*, 5, pp.77-85.
- CADIn. (2011). *Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil*. Acedido em Dezembro, 27, 2011, em <http://www.cadin.net/>.
- Capone, G. (2004). Down syndrome: Genetic insights and thoughts on early intervention. *Infants and Young Children*, 17(1), pp. 45-58.
- Cornelsen, S. (2007). Uma criança autista e a sua trajectória na inclusão escolar por meio da psicomotricidade relacional. Tese de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Ferreira, F., Dias, M. & Santos, P. (2006). Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor. *Educação Diferente*. Acedido a Fevereiro, 27, 2012, em <http://edif.blogs.sapo.pt/19654.html>.
- Ferreira, J.C., (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(6), pp. 703-712.
- Fonseca, V. (1996). *Aprender a aprender: a educabilidade cognitiva*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (2001). Para uma epistemologia da psicomotricidade. In V. da Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em psicomotricidade*, (pp. 13-28). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. (2ª edição). Lisboa: Âncora.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford UK: Blackwell.
- Frith, U., & Frith, C. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *The Royal Society*, 358(1431), pp. 459-473.
- Frith, U., & Happé, F. (2003). "How cognitive theories helps us to understand autism?". *Proceedings. 7th International Autism Europe Congress*. Lisboa. Acedido em Abril, 29, 2012, em <http://socrates.simbiose.com/document.php?did=64&mid=8>.
- Gonçalves, I. (2012). A psicomotricidade e as perturbações do espectro do autismo no Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA-Lisboa. Relatório de Estágio, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Green, G., Taylor, B., Luce, S. & Krantz, P., (2012). Applied Behavior Analysis. *Autism speaks*. Acedido em Março, 10, 2012, em <http://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/applied-behavior-analysis-aba>.
- Healing Thresholds. (2009). Autism Therapy: applied behavior analysis (ABA). *Healing thresholds*. Acedido em Março, 10, 2012, em <http://autism.healingthresholds.com/therapy/applied-behavior-analysis-aba>.
- Healing Thresholds. (2010). Autism Therapy: picture exchange communication system (PECS). *Healing thresholds*. Acedido em Março, 10, 2012, em <http://autism.healingthresholds.com/therapy/picture-exchange-communication-system-pecs>.
- Hooker, C., Verosky, S., Germine, L., Knight, R., & D'Esposito, M. (2008). Mentalizing about emotion and its relationship to empathy. *Social cognitive and affective neuroscience*, 3, pp. 204-217.

- Huntley, M., (1996). *Manual Griffiths: escala de desenvolvimento mental de Griffiths* (Dos 0 aos 2 anos). Revisão de 1996. CEGOC-TEA.
- ICI. (2000). About Developmental Disabilities. *Institute on Community Integration – University Center for Excellence in Developmental Disabilities*. Acedido em Junho, 11, 2012, em <http://ici.umn.edu/welcome/definition.html>
- Kozma, C., (2001a). O que é Síndrome de Down. In K. Stray-Gundersen (Ed.), *Bebés com Síndrome de Down: Guia para os Pais*, (pp. 17-54). Lisboa: Bertrand Editora.
- Kozma, C., (2001b). Problemas de Saúde e Tratamentos. In K. Stray-Gundersen (Ed.), *Bebés com Síndrome de Down: Guia para os Pais*, (pp.85-118). Lisboa: Bertrand Editora.
- Leite, S.S.; Botton, M.; Botton, F.; Relvas, A.; Palha, M., & Antunes, N.L. (2003). FVA03 – CADIn. Guide, Artes Gráficas.
- Lima, C.B., (2007). As Perturbações do Espectro do Autismo: Diagnóstico. In. C.B. Lima (Ed.), *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção*, (pp. 1-11). Lisboa: Lidel.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a la personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 3(2), pp. 11-24.
- Lord, C., Rissi, S., Lambrecht, L., Cook, E.H., Leventhal, B.L., DiLavore, P.C., Pickles, A., & Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: a Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), pp. 205-223.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S. (2012). Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). *Western psychological services*. Acedido em Março, 7, 2012, em http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,288971&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- Lousada, A.J., (2004). Perturbações da comunicação e da linguagem nas crianças com autismo. *O Professor*, 88, pp. 55-64.
- Luiz, D., Barnard, A., Knoesen, N., Kotras, N., Horrocks, S., McAliden, P., Challis, D. & O'Connell, R. (2008). *Manual de administração Griffiths: escala de desenvolvimento mental de Griffiths*. Extensão Revista (Revisão de 2006). Dos 2 aos 8 anos. CEGOC-TEA.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em psicomotricidade*, (pp. 29-40). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Matos, P. (2009). Perturbações do Desenvolvimento Infantil – conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp. 669-676.
- Nipsee (2010). Área de Desenvolvimento: Défices Cognitivos. *Núcleo de Incentivo Psicopedagógico, Social, Escolar e Empresarial*. Acedido em Março, 29, 2012 em: <http://www.nipsee.pt/dc.html>.
- Oliveira, G. (2006). Autismo: história, clínica e diagnóstico. *Diversidades*, 4(14), pp. 19-26.

- Oliveira, T. (2010). *A Intervenção Precoce no Autismo e Trissomia 21: orientações para boas práticas de intervenção*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Onofre, P.S. (2004). *A criança... e a sua psicomotricidade: uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Pereira, E. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pyramid Educational Consultants. (2012). Picture Exchange Communication System. *Pyramid educational consultants*. Acedido em Março, 10, 2012, em <http://www.pecsusa.com/pecs.php>.
- Rutter, M., LeCouteur, A., & Lod, C. (2012). Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R). *Western psychological services*. Acedido em Março, 7, 2012, em http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70436&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- Sampedro, M., Blasco, G., & Hernández, A. (1993). A criança com Síndrome de Down. In R. Bautista (Ed.), *Necessidades Educativas Especiais*, (pp. 225-248). Lisboa: Dinalivro.
- Santos, P. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo - compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.
- TEACCH Autism Program, (2012a). Introduction to TEACCH. *University of North Carolina School of Medicine*. Acedido em Março, 10, 2012 em <http://teacch.com/>.
- TEACCH Autism Program, (2012b). TEACCH Approach. *University of North Carolina School of Medicine*. Acedido em Março, 10, 2012 em <http://teacch.com/>.
- Teixeira, P., (2005). Síndrome de Asperger. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. Acedido a Fevereiro, 21, 2012, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0254.pdf>
- The Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders, (2012). What is DIRFloortime?. *The Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders*. Acedido em Março, 10, 2012, em <http://www.icdl.com/DIRFloortime.shtml>.
- Vidigal, M.J., & Guapo, M.T. (1997). Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces. *Análise Psicológica*, 2, pp. 207-219.
- Vidigal, M.J., & Guapo, M.T. (2003). A equipa terapêutica: como tratar. In M.J. Vidigal, & M.T. Guapo, (Ed.), *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo: uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*, (pp. 183-234). Lisboa: Trilhos Editora.
- Vieira, J.P. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas*, 3(11), pp. 64-68.
- Williams, K., (2003). Entendendo Estudantes com Síndrome de Asperger: guia para professores. *Autismo-BR*. Acedido a Fevereiro, 21, 2012, em <http://www.autismo-br.com.br/home/As-escol.htm>

VI. Anexos

Os anexos do relatório encontram-se em suporte digital, em pastas.